


Ex-libris
Charles Atwood
Kofoid


SEAL OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LET THERE BE LIGHT
1868





TRAITÉ

MALADIES D[...]

AUX A[...]

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES DES EUROPÉENS

AUX ANTILLES

(MARTINIQUE)

PAR

L.-J.-B. BÉRENGER FÉRAUD

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

TOME DEUXIÈME

PARIS

OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ODÉON, 8

1881

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES DES EUROPÉENS

AUX ANTILLES (MARTINIQUE)

II

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES DES EUROPÉENS

AUX ANTILLES

(MARTINIQUE)

PAR

L.-J.-B. BÉRENGER FÉRAUD

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

TOME DEUXIÈME

PARIS

OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ODÉON, 8

—

1881

TRAITÉ CLINIQUE

DES

MALADIES DES EUROPÉENS

A LA MARTINIQUE (ANTILLES FRANÇAISES)

CHAPITRE IX.

Maladies catarrhales.

En jetant les yeux sur les tableaux statistiques que j'ai présentés dans le premier volume (p. 196 et suiv.), on voit qu'après avoir étudié les maladies dites amariles, il me faut passer maintenant en revue le grand groupe de celles que j'ai désignées sous le nom de maladies catarrhales. Si le lecteur se souvient des détails dans lesquels je suis entré en donnant l'aperçu sommaire des allures de la pathologie martiniquaise (p. 279 et suiv.), ce groupe des maladies catarrhales lui apparaîtra non-seulement bien défini, mais encore avec l'importance très-grande qui lui revient.

Le groupe dont je vais m'occuper se partage en trois sous-catégories : A. les affections abdominales (diarrhées et dysentéries, hépatite); B. les affections thoraciques (angine simple, bronchite, pneumonie, pleurésie, phthisie pulmonaire, angine maligne); C. affections fibro-musculaires (rhumatisme et douleurs rhumatismales). Il n'est pas nécessaire d'entrer dans des définitions plus détaillées pour faire

comprendre ce que j'ai voulu spécifier par ces diverses appellations; je vais donc m'occuper, sans plus tarder, de la description de ces diverses maladies.

A. AFFECTIONS ABDOMINALES.

Cette sous-catégorie comprend, comme je viens de le dire, la diarrhée, la dysentérie et l'hépatite. Ces trois affections n'en forment, à mon avis, qu'une à proprement parler, et, comme on le verra par ce que je dirai ultérieurement, il vaudrait peut-être mieux ne pas faire une étude distincte et séparée pour chacune d'elles, mais bien au contraire les confondre dans une seule et même description. Cependant, pour me conformer à l'habitude conservée jusqu'ici, je crois devoir encore séparer l'hépatite des flux du ventre. Mais tout en admettant de nombreuses divisions je n'établirai pas de coupure absolument tranchée pour ces divers flux intestinaux, afin de bien montrer la tendance de mes idées à ce sujet. Je parlerai donc, d'un côté, de tous les dévoiements, qu'il s'agisse de la diarrhée, de la rectite ou de la dysentérie proprement dite. Dans un second chapitre, je parlerai de l'hypérémie, de la congestion et de la phlegmasie du foie.

B. DIARRHÉE ET DYSENTÉRIE.

Il y a longtemps déjà que l'on admet comme bien démontré qu'après la fièvre jaune, c'est la dysentérie qui menace le plus les Européens aux Antilles. Nombre de gens, même, ont dit que cette dysentérie est un plus grand danger pour eux que le typhus amaril, proposition qui paraît paradoxale de prime abord et qui est en somme moins inexacte qu'on ne serait porté à le croire.

On va, d'ailleurs, en juger par les chiffres suivants : de 1824 à 1875 inclus, il est entré à l'hôpital de Fort-de-France 34,712 dysentériques qui ont fourni 1,829 morts; tandis que 9,604 individus étaient touchés par la fièvre jaune et produisaient 2,144 décès. A Saint-Pierre, on a, de 1830 à 1875, les quatre chiffres ci-après : 15,403, 1,266, 4,714 et 1,086.

En totalisant on arrive à savoir qu'en somme il y a eu environ trois atteintes de dysentérie pour une de fièvre jaune, dans la colonie, 50,105 contre 14,315; mais que la léthalité de la première maladie a été de 5,7 p. 100, tandis que celle de la seconde fut de 22,7; de sorte que pour 3,095 décès de dysentérie on a enregistré 3,220 morts de fièvre jaune. Donc on peut penser, chiffres en main, que la dysentérie touche beaucoup plus souvent que la fièvre jaune les Européens qui vont aux Antilles et les menace presque autant

dans la proportion de 30 à 32 par exemple pendant leur séjour colonial. Mais il ne faut pas nous y tromper, la proportion de la mortalité de la dysentérie est en réalité plus forte et sensiblement même. En effet, si nous songeons que tous les individus atteints de fièvre jaune, et ne mourant pas de suite, récupèrent leur santé assez bien pour qu'on ne puisse pas attribuer leur décès ultérieur à l'action directe du typhus amaril, tandis, au contraire, que beaucoup des dysentériques renvoyés en convalescence en Europe ou quittant la colonie à la fin de leur période de service, sont atteints de telle sorte qu'ils succomberont tôt ou tard aux progrès de leur atteinte primitive, nous sommes autorisés à dire que la dysentérie emporte réellement beaucoup plus d'individus que la fièvre ictérode.

M. Rufz de Lavison, qu'il faut toujours citer quand on parle de pathologie antillienne, dit dans son remarquable travail qu'il y a peu de personnes, ayant habité un certain temps Saint-Pierre, dont la vie n'ait été mise au moins une fois en danger par la diarrhée ou la dyssentérie, opinion que je partage tout à fait après une observation attentionnée. J'ajouterai quelque chose d'aussi peu consolant : c'est que les Européens qui ont séjourné pendant un certain nombre d'années à la Martinique, même alors qu'ils n'y ont pas été très-malades, y ont acquis une sensibilité du foie et de l'intestin qui, pendant un temps assez long, les menace à chaque instant d'une attaque de dysentérie ou d'une poussée d'hépatite. La quantité de sujets qui succombent en France des suites de ces affections plus ou moins longtemps après leur retour et qui ne doivent leur maladie qu'au séjour colonial paraîtrait considérable si elle pouvait être traduite en chiffres.

Tous les habitants de la colonie sont également exposés à la dysentérie, l'immunité reconnue pour quelques-uns, vis-à-vis de la fièvre jaune, n'existe pas ici et, comme le dit très-bien M. Rufz, créoles, étrangers, blancs, noirs, magistrats, matelots, sœurs de charité, enfants, vieillards, tout le monde y est sujet. On ne s'acclimate pas aux causes de la dysentérie, et bien plus, il semble que l'aptitude à contracter la maladie est en raison directe du temps de séjour, car les soldats sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus souvent touchés dans la troisième que dans la seconde année de leur séjour ; dans la seconde que dans la première. Bien plus, les soldats fournissent un pour-centage plus élevé que les matelots du commerce qui ne séjournent que quelques mois à la Martinique ; il y a là une question que nous invoquerons quand nous nous occuperons de l'étiologie de la maladie.

DIVISIONS.

Quoique ne constituant qu'une seule entité morbide, la dysentérie est une affection assez variable sous le rapport de la gravité, de la forme, de ses altérations anatomiqnes et de son pronostic pour qu'il ne soit pas possible de l'étudier *in globo* en une seule description. Tous ceux qui se sont occupés de son histoire ont reconnu la nécessité de scinder sa description et maintes divisions ont été adoptées. Je ne puis, dans cette présente occurence, discuter les diverses classifications qui ont été proposées à son égard, ne visant absolument ici que les atteintes de la maladie à la Martinique. Je dirai seulement que Dutrouleau, dans son remarquable livre, dont j'ai si souvent fait l'éloge, a divisé la dysentérie en aiguë et chronique, subdivisant la première en trois degrés : légère, moyenne, grave, ne faisant qu'une classe de la seconde. Certes, de son temps, cette manière de voir convenait parfaitement à toutes les exigences ; mais depuis, les acquisitions de la science ayant marché, elle est insuffisante pour envisager les divers cas que nous connaissons ; aussi nous faut-il suivre une autre classification et nous adopterons celle qui se rapproche le plus de la sienne. A savoir : flux du ventre aigus ; A. degré léger ; B. degré moyen ; C. degré grave. Flux de transition : rectite, flux chroniques ; A. diarrhée ; B. dysentérie ; tout en rappelant encore qu'il n'y a pas des séparations assez tranchées de l'un à l'autre pour qu'on puisse dire toujours où telle ou telle commence ou finit.

FLUX DE VENTRE AIGUS.

Nous allons nous occuper de la marche, de la durée et de la terminaison de la dysentérie aiguë ; et, comme nous venons de le dire, il nous faudra partager notre description en trois catégories : A. degré léger, B. degré moyen, C. degré grave. Il va sans dire que pour éviter certaines redites, on nous permettra de ne pas insister également dans chacune d'elles sur certains phénomènes communs ; je crois qu'il suffira de le faire remarquer pour que toute hésitation soit prévenue à cet égard.

1° *Dysentérie légère ou diarrhée aiguë.*

C'est le degré le plus simple des flux du ventre qu'on observe à la Martinique ; il survient souvent sans que le sujet en puisse déterminer la cause, qui est généralement soit un refroidissement, soit une légère indigestion, soit une ingestion inconsidérée de liquide aqueux qui a agi comme refroidissement et indigestion à la

fois, soit enfin une débâcle bilieuse, résultat d'une suractivité du foie excité anormalement par le climat chaud.

On considère souvent cette diarrhée comme une sorte de tribut d'acclimatement après lequel le nouvel arrivé a son corps placé à l'unisson des conditions qui régissent l'existence dans les contrées tropicales. Mais après m'être longtemps payé, comme les autres, de cette opinion sans en vérifier l'exactitude, je me suis demandé si ce n'est pas un accident pathologique dans lequel l'acclimatement n'a rien à voir, et je suis arrivé à penser qu'il vaudrait mieux pour le sujet ne pas voir survenir cette diarrhée, car elle entraîne un commencement d'affaiblissement de l'organisme et rien autre. En un mot, elle est une première attaque de ce long assaut que l'Européen va subir pendant tout le temps de son séjour hors de la zone tempérée dans laquelle son corps a été créé.

Une fois lancé dans cet ordre d'idées, j'ai été bientôt convaincu qu'en effet ce prétendu acclimatement est une erreur trop longtemps accréditée, et par conséquent j'estime qu'au lieu de voir arriver la diarrhée des premiers temps comme un secours favorable, il faut la considérer comme l'avant-garde de l'ennemi et par conséquent se préparer à la lutte aussi vigoureusement que de raison. C'est-à-dire qu'au lieu de laisser complaisamment couler les selles pendant plusieurs jours, il faut après la première journée, si le trouble intestinal ne cède pas recourir à une purgation déplétive du système porte et modificatrice de la sécrétion biliaire comme des liquides et de l'épithélium intestinal. J'aurai, d'ailleurs, à revenir sur cette idée, tant en m'occupant de l'étiologie de la dysentérie qu'en parlant de son traitement.

La scène débute dans le degré qui nous occupe par quelques coliques qui sont parfois assez pénibles. On dirait que les mouvements péristaltiques sont exagérés par le passage d'un liquide et de gaz à travers le tube digestif. Parfois ces coliques sont précédées des phénomènes d'une mauvaise digestion stomacale, mais souvent aussi elles apparaissent sans cause immédiate bien apparente. C'est particulièrement dans la nuit, vers le matin, qu'elles commencent à se montrer ; réveillant ainsi le malade d'une manière très-désagréable.

La première selle est parfois solide au début, lorsque par exemple le sujet est pris au milieu de la santé et alors qu'il était un peu constipé les jours précédents; mais avant sa terminaison elle s'est ramollie au point de devenir liquide. Elle se fait avec des douleurs de ventre assez pénibles et souvent soit avec des crampes d'estomac, soit avec des bâillements, des pandiculations, des nausées même. Le

sujet éprouve en un mot tous les phénomènes d'un état nerveux qui ne laisse pas que d'être pénible.

Bientôt les selles arrivent brusquement à l'anus et sont rendues en flot, elles sont d'aspect différent suivant les sujets ; tantôt brunes, tantôt jaunâtres, tantôt grisâtres. D'abord fétides lorsqu'elles ont suivi une mauvaise digestion, elles n'ont ensuite qu'une odeur faible. Au début elles ont la consistance d'une purée et un caractère très-fréquent qu'elles présentent, c'est d'entrer presque aussitôt en fermentation dès qu'elles ont été émises ; en effet, on voit de petites bulles gazeuses venir crever à leur surface et cette surface est même parfois légèrement mousseuse pendant quelques instants.

Dans quelques cas et cela tant chez les nouveaux arrivés que chez les créolisés, mais plus souvent je crois chez ces derniers, la dysentérie du premier degré débute par une véritable attaque de cholérine qu'on me permettra de ne pas décrire, car on sait trop bien quels sont ses caractères symptomatiques. Je dirai seulement que cette cholérine peut être le début non-seulement de la dysentérie légère mais encore celui de la dysentérie à tous les degrés de gravité. J'ai dit précédemment déjà que cette cholérine peut survenir aussi à tous les moments de l'affection : début, cours, terminaison, convalescence même.

Ajoutons enfin que la dysentérie commence souvent aussi à la Martinique par une diarrhée moyenne sans coliques vives et sans ténesme, s'aggravant peu à peu au point que le sang apparaît trois ou quatre jours après l'invasion dans les déjections.

La couleur des selles n'indique parfois pas grand'chose dans la dysentérie du premier degré qui nous occupe, mais, cependant, elle prouve souvent au médecin qu'il y a une débâcle bilieuse plus ou moins active ; ce qui a certainement son importance, tant au point de vue du traitement immédiat à instituer, que pour ce que le malade devra faire ultérieurement. En effet, dans le cas d'excrétion bilieuse abondante, il faudra le purger de nouveau quelques jours après la cessation de la diarrhée, si la santé tarde quelque peu à revenir tout entière ; et même au premier malaise ultérieur, il sera prudent de ne pas hésiter à débarrasser le foie de l'excès de sa sécrétion par un ou plusieurs purgatifs.

Après les premières selles, il se manifeste souvent un peu d'érythème anal avec chaleur pénible au fondement. Souvent la diarrhée, n'ayant qu'une durée éphémère, cet érythème n'apparaît que lorsque le calme s'est rétabli, et nombre de gens du vulgaire croient qu'il est un indice de guérison ; mais, en réfléchissant au mécanisme de sa production et à sa nature, on comprend facilement qu'il ne fait

que coïncider le plus souvent avec la guérison sans être lié à elle comme cause à effet.

Le plus souvent il n'y a pas de réaction fébrile, la température reste normale, le pouls n'est pas influencé si ce n'est quand des coliques assez violentes surviennent. Ce n'est que dans une forme plus intense de la dysentérie que la fièvre peut apparaître ; cependant si la diarrhée, même légère, dure pendant quelques jours, elle jette le sujet dans un état désagréable qui, s'il n'est pas encore la maladie, n'est déjà plus la santé.

L'état des premières voies ne présente rien de bien saillant en général, un peu d'anorexie parfois, la langue un peu blanche, mais souvent aussi rien autre que les selles liquides et en plus grand nombre qu'il ne faut, n'est l'indice du dérangement actuel. Il faut faire attention, pour le traitement, à l'état des premières voies, car, souvent, on en déduira l'opportunité de moyens thérapeutiques particuliers, un ipéca, par exemple, qui simplifieront très-heureusement la scène et faciliteront la guérison qu'on obtiendrait beaucoup plus difficilement sans eux.

Dans le cas le plus léger, le dérangement de l'intestin cesse de lui-même après quelques évacuations au nombre de quatre à dix en quelques heures. Mais, trop souvent, le dévoiement persiste pendant quelques jours, et fréquemment fatigue assez pour réclamer l'intervention du médecin.

J'ai vu nombre d'individus être ainsi touchés par cette diarrhée pendant les premières semaines de leur séjour à la Martinique, comme je l'avais vu en Sénégambie. Les uns en étaient effrayés, les autres s'en réjouissaient presque à l'idée que c'était leur tribut d'acclimatement. Pour ma part, je ne partageais ni leurs craintes ni leur satisfaction, sachant par expérience que, si dans la grande majorité des cas cette diarrhée légère guérit vite et bien sans laisser de traces qu'une fatigue de quelques jours, il arrive souvent aussi que le sujet conserve après cette atteinte une fâcheuse disposition à la récidive ; sachant aussi que, lorsqu'elle s'est montrée ainsi à plusieurs reprises sans aucune apparence de gravité, elle acquiert une ténacité qui ne cède ni aux précautions hygiéniques que prend le sujet, ni aux moyens thérapeutiques qu'emploie le médecin.

Dutrouleau, dont la grande expérience doit toujours être invoquée quand on parle des maladies des Antilles, avait été frappé déjà de cette triste propriété de la dysentérie légère ; car il disait à son sujet : « La maladie se joue des efforts du médecin ; elle paraît céder pendant quelques jours par la diminution et le changement de nature des selles, puis bientôt reviennent, sans qu'on puisse se

l'expliquer, les déjections liquides qui épuisent les forces du malade. Beaucoup de médecins s'obstinent à accuser de ces rechutes des écarts de régime qu'ils ne peuvent cependant pas constater. Mais si c'est là, en effet, la cause pour quelques cas, on est bien forcé de reconnaître que, pour beaucoup d'autres, c'est l'action continue des influences endémiques qui ont acquis plus de puissance que tous les moyens que peut leur opposer la médecine, et contre lesquelles les organes ne peuvent plus réagir. » Je signale ce remarquable passage du livre de mon éminent prédécesseur aux méditations de ceux qui s'occupent de la dysentérie des pays chauds dans les foyers mêmes ; ils seront, comme moi, frappés et de son exactitude et de sa profondeur de vue.

La diarrhée qui nous occupe actuellement peut se terminer de quatre manières : A. Par la guérison ; B. Par l'apparition de la dysentérie ; C. Par la rectite ; D. Par la diarrhée chronique. Nous n'avons pas besoin d'indiquer ici les phénomènes qui accompagnent ces terminaisons ; ceux de la guérison tombent trop facilement sous le sens pour nous arrêter ; les autres seront étudiés quand nous parlerons du second degré, de la rectite, ou de la diarrhée chronique.

2° *Dysentérie moyenne ou du second degré.*

Ce degré survient parfois après que le premier degré ou diarrhée a duré plus ou moins longtemps et a préparé la voie ; mais il peut aussi se manifester d'emblée lors, par exemple, que le refroidissement a été assez intense pour donner plus de sévérité à la première explosion de symptômes, ou bien encore quand le sujet est anémié ; quand il a eu des atteintes précédentes plus ou moins répétées, enfin et surtout quand il portait depuis quelque temps une surexcitation de la fonction biliaire qui a accumulé dans la vésicule une bile particulièrement âcre, dont le passage dans l'intestin exerce une puissante action topique.

Le malade est pris, de préférence, pendant la nuit, de coliques assez vives ; il a une ou deux selles diarrhéiques ; et bientôt le sang et le mucus, appelé *la graisse* par le vulgaire, apparaissent. Le début ne présente rien de bien différent de ce que nous avons dit pour la diarrhée. Aussi je renvoie à cette partie de mon étude pour compléter ce que je ne dirai pas ou dirai d'une manière trop sommaire ici.

Au début, les coliques ne présentent pas de caractère spécial ; elles répondent à tous les points de l'abdomen en général ; mais bientôt elles se localisent. Chez nombre d'individus elles corres-

pondent au gros intestin qui se dessine dans les sensations du sujet comme un arc douloureux, spontanément ou au toucher. Cet arc douloureux est réuni souvent à ses extrémités par une barre transversale au-dessus du pubis, barre transversale qui est autant due chez quelques-uns à un ténesme vésical qu'à une véritable douleur intestinale.

Ces coliques sont variables; elles ont des moments d'exacerbation qui précèdent ou accompagnent les selles; elles sont remplacées, dans l'intervalle des déjections, par une douleur sourde, profonde et continue; mais ce sont là des phénomènes assez secondaires et qui ne doivent pas nous arrêter bien longtemps.

Les selles sont au nombre de huit, dix ou douze dans les premières vingt-quatre heures; elles sont d'abord assez copieuses, puis diminuent très-sensiblement de volume, en proportion, pourrait-on dire, de leur augmentation de nombre. Chaque déjection se fait avec son cortége de douleurs, de malaises, de coliques, d'épreintes, et il arrive même bientôt, pour peu que la maladie ait d'intensité, que les mouvements de la défécation se font à vide, qu'on me passe le mot, ce qui n'est pas moins douloureux.

Les selles sont composées différemment, suivant les cas, et même chez le même individu suivant le moment de la maladie: tantôt ce sont des mucosités jaunâtres demi-transparentes, qui ont des aspects très-différents, car les expressions d'albumine crue, demi-cuite, d'œufs brouillés, de lavure, de raclure, de chair, de frai de grenouille et mille autres ont parfaitement leur raison d'avoir été proposées. Elles contiennent souvent des stries sanguinolentes, du sang pur; parfois elles ont l'aspect d'herbes vertes hachées menu, etc., etc., en un mot l'aspect le plus varié, suivant les sujets, le point de la maladie, et surtout suivant le traitement employé comme souvent sans raison bien appréciable. Si j'avais à faire l'histoire complète de la dysentérie, j'aurais à décrire avec soin ces diverses apparences de selles; mais on me permettra d'être très-bref ici et de renvoyer aux monographies spéciales pour les points de la symptomatologie, comme, d'ailleurs, pour les questions d'étiologie et de diagnostic, que je ne puis soulever dans cette étude sommaire. Cependant je dois dire que les selles ont besoin d'être étudiées avec soin, et jour par jour, quand on veut obtenir quelques succès dans le traitement de la dysentérie.

Quoi qu'il en soit, ce que je viens de dire du début de la dysentérie nous montre que le sujet est sous le coup d'une atteinte morbide très-pénible, sinon bien dangereuse encore; aussi comprend-on facilement que son organisme entier en retentisse. Nous n'étonne-

rons donc personne en disant que la chaleur de la peau est un peu augmentée; elle est déjà sèche au toucher, mais n'oublions pas d'ajouter que l'impression est différente, suivant que le patient est dans une phase de douleurs et de déjections, ou dans une courte période de repos relatif; car, sous l'influence de coliques, on peut trouver la peau moite et dans l'intervalle des douleurs, c'est le contraire qui est observé.

Le pouls est rarement fébrile, mais au moment des douleurs, il est petit, concentré, dans les premiers temps de la maladie. Ce n'est que plus tard, quand l'atteinte a pris plus de gravité, ou dans le moment actuel quand il y a complication de paludisme, qu'un état fébrile bien marqué peut être constaté.

La langue est généralement blanche, saburrale, et il y a de l'anorexie. Il n'est pas rare que l'estomac soit pesant ou bien qu'il y ait des nausées et même des vomissements sous l'influence des coliques. On comprend que ce sont là deux états dépendant de la phlegmasie intestinale, car rien de commun comme le retentissement voisin ou général dans les affections aiguës du tube digestif.

La dysentérie cède assez facilement à ce degré encore, mais on aurait le plus grand tort de croire qu'elle guérit toujours dans ces cas; car le sujet est souvent atteint dans ses ressorts organiques les plus importants. Trop fréquemment la récidive se fait avec une désespérante facilité; l'état général est rapidement affaibli d'une manière notable, et le foie se prend, le plus souvent, au grand danger non-seulement pour la santé, mais même pour la vie du sujet.

Cette forme se termine, dans les cas les plus heureux, par une diarrhée dont les matières vont en prenant de plus en plus de consistance; le sang disparaît des selles, leur aspect est celui d'une purée homogène, elles diminuent de nombre; puis la convalescence se prononce avec son caractère d'extrême fragilité; cette convalescence est si facilement compromise, pour peu que le sujet ne soit pas d'une sobriété remarquable et d'une extrême attention pour les lois de l'hygiène, que quelques médecins n'ont pas craint d'avancer qu'un sujet qui a eu la dysentérie court désormais des dangers de rechute permanents tant qu'il restera dans les pays chauds.

Il faut, à ce degré, que le malade résiste aux sollicitations de son appétit, qui le pousse à commettre des imprudences et des écarts de régime pendant l'état aigu, mais aussi et surtout pendant la convalescence, car, nous l'avons dit et répété assez souvent, un rien peut faire réapparaître les symptômes morbides.

Il arrive trop souvent que la diarrhée qui succède à l'état aigu

primitif se prolonge, au grand détriment de la guérison solide, et alors c'est ou la diarrhée ou la dysentérie chroniques qui se sont emparés du sujet et qui vont miner son existence. Sans compter que trop souvent il se fait un travail latent du côté du foie, qui apparaît à un moment donné avec des phénomènes de gravité auxquels la vie du malade ne résiste pas, le plus souvent.

Le degré qui nous occupe peut se terminer par la guérison, par l'état chronique ou par l'aggravation, c'est-à-dire le passage de la maladie au 3e degré. Nous pouvons ne pas insister davantage sur la symptomatologie, et ne pas nous occuper actuellement du traitement, ayant à en parler ultérieurement quand nous traiterons de la thérapeutique applicable aux divers degrés.

3° *Dysentérie grave ou du troisième degré.*

Dans certains moments de l'année, à certaines années, ou chez quelques individus prédisposés, on voit ce degré grave survenir presque d'emblée. Il serait, je crois, plus exact de dire qu'il succède au degré précédent et au premier degré beaucoup plus vite que de coutume dans ces cas-là ; et que, quelque rapide ou ménagée que soit la transition, elle existe toujours.

En temps ordinaire, ce troisième degré de la dysentérie est assez rare ; et je dois dire qu'à la Martinique, plus et mieux qu'ailleurs, on peut constater que l'influence épidémique joue dans ce flux de ventre, un rôle beaucoup plus grand qu'on ne serait disposé à le penser de prime abord. J'aurai d'ailleurs l'occasion de le démontrer d'une manière qui sera péremptoire, j'espère, en parlant des variations d'intensité, de fréquence et de léthatité de la dysentérie dans la colonie.

On me permettra de ne pas décrire de nouveau ici les phénomènes de la diarrhée et du second degré de la maladie ; ils nous sont connus ; je dirai seulement que, plus ou moins vite après l'apparition des premiers symptômes, les douleurs deviennent plus vives et surtout prennent un caractère de continuité qui les éloigne de la colique proprement dite. Le malade accuse un sentiment pénible de brûlure ou de tension sur le trajet du côlon, et la douleur hypogastrique, de son côté, s'accentue davantage en se confondant avec une sensation de ténesme vésical, qui est quelquefois très-pénible.

En même temps, les déjections changent de nature et prennent des caractères qu'on n'a pas de peine à admettre comme fâcheux à première vue ; ainsi le sang augmente parfois, constituant une véritable hémorrhagie qui peut être faible ou forte ; mais ce n'est pas le phénomène le plus saillant à moins qu'il n'y ait une véritable en-

terorrhagie. Les selles prennent une odeur fétide qui révèle la mortification d'une partie plus ou moins étendue de l'épithélium intestinal, et contiennent souvent des fragments grisâtres dont on peut, plus ou moins, reconnaître encore la nature, et qui doivent être considérés comme l'élimination des parcelles de muqueuse du gros intestin.

Les envies d'aller à la garde-robe sont incessantes, et bientôt un ténesme anal fort pénible vient compliquer ces évacuations; un ténesme vésical, une véritable dysurie se joignent bientôt dans quelques cas à ce ténesme anal, et l'urine elle-même en subit des modifications de quantité et de qualité. Le mécanisme de ce ténesme anal et de ces phénomènes vésicaux a été expliqué physiologiquement par le voisinage des organes et la communauté de branches nerveuses. Nous n'avons pas à les étudier plus compendieusement.

On peut donner d'un mot la caractéristique des phénomènes qui se passent dans l'intestin lorsque la dysentérie grave s'est manifestée : c'est une véritable inflammation suppurative, dans laquelle, le plus souvent, il y a tendance à la gangrène plus ou moins étendue, pouvant aller même à la mortification complète de la muqueuse du côlon et du rectum. On comprend que, sous l'influence de pareils désordres, il doit y avoir un retentissement très-fâcheux sur l'état général.

En effet, le pouls est concentré sous l'influence des coliques et n'éprouve d'abord de variations que par le fait de leur apparition; mais bientôt une véritable fièvre s'allume avec tout son cortége symptomatique. Cette fièvre peut, en cas de paludisme, réveiller des accès intermittents mal effacés; mais, dans le cas contraire, c'est une fièvre d'inflammation à proprement parler, dans laquelle il y a des rémissions et des exacerbations, il est vrai, mais qui est l'indice du travail phlegmasique intérieur, et par conséquent liée comme intensité et comme marche à l'étendue et à la marche des altérations anatomiques de l'intestin.

La peau est tantôt froide, tantôt sèche et chaude, tantôt couverte de sueur chez le même individu, suivant le moment où on l'observe; mais ces phénomènes n'ont pas ici l'importance qu'ils ont dans d'autres conditions, dans la dysentérie chronique par exemple; et il suffit d'avoir appelé l'attention sur la fièvre pour n'avoir pas besoin d'insister davantage là-dessus.

La soif est généralement vive, la bouche sèche, la langue râpeuse, et la chose est facile à comprendre, d'abord parce que la fièvre et les déjections soustrayant beaucoup de liquide au corps du malade font naître le besoin instinctif de remplacer cette eau; d'autre part,

il est naturel que, sous l'influence d'une atteinte morbide aussi grave, les premières voies soient dans un état de souffrance bien marquée; car, pour être limitée, au moins au début, au gros intestin, l'altération de la dysentérie n'en a pas moins un retentissement fonctionnel sur l'intestin grêle et l'estomac.

A un degré plus grave, il se manifeste un ténesme vésical fort pénible, s'il ne s'était pas montré dans les premiers moments de l'atteinte grave; et ces phénomènes des organes urinaires ont paru à quelques médecins être en relation assez directe avec le degré d'inflammation de la muqueuse, pour qu'il fût intéressant de faire des recherches sur ce point. Dans une monographie, Dutrouleau pensait que les phénomènes de dysurie étaient l'indice de la mortification d'une portion de la muqueuse, et les observations de ce si remarquable médecin des colonies françaises ont été vérifiées nombre de fois.

Les selles présentent des caractères différents suivant les cas, suivant la durée de la maladie et suivant le moment où elles sont observées ; mais on nous permettra de ne pas insister davantage quand nous aurons dit que, depuis la selle en frai de grenouille ou en lavure de chair jusqu'à la selle complétement gangréneuse, il y a toute une gamme par laquelle les matières peuvent passer.

Si la maladie prend une tournure favorable, on voit tous ces phénomènes s'amender, perdre de leur intensité et de leur gravité, et peu à peu l'affection prendre des allures de bénignité, ou plutôt de chronicité, qui donnent un peu de répit au malade et au médecin, en ce sens qu'on peut parfois en profiter pour se hâter de rapatrier le sujet quand la chose est possible ; mais, dans le cas où la maladie doit être entièrement soignée sur place, cet amendement dans l'acuité du phénomène n'est qu'une chose secondaire et qui ne saurait faire grande joie, car les altérations matérielles sont déjà si grandes, qu'elles ne pourront à peu près jamais être réparées dans le climat chaud où elles se sont produites.

Si, au contraire, la maladie s'aggrave, et on comprend, d'après ce que je viens de dire, que c'est le plus souvent, on voit survenir des phénomènes fâcheux de tel ou tel ordre qui auront bientôt raison de la vie du malheureux. Dans ce cas, le moins fâcheux, si je puis m'exprimer ainsi, qui pût arriver, serait le passage à l'état chronique; mais c'est l'extrême exception, et, le plus souvent, l'acuité de la maladie a bientôt entraîné des accidents rapidement mortels.

Les forces du malade diminuent et s'épuisent. La chose a à peine besoin d'être spécifi·, car on comprend que, dans une maladie où la

fièvre brûle le sujet à grand feu pour ainsi dire, où la nutrition par les éléments alimentaires est nulle, et enfin où l'absorption des matières septiques se fait sur une très-grande et très-propice surface, les forces de la vie soient bientôt dépensées et taries. Le malade succombe donc rapidement, soit par épuisement graduel, soit, ce qui est plus fréquent, par une des complications qui viennent se surajouter à la maladie principale pour en finir plus vite avec le sujet.

Il n'est pas rare que la dysentérie se termine au degré qui nous occupe, par un état d'algidité qui vient donner le dernier coup au malade; d'autres fois, c'est une perforation intestinale qui entraîne la péritonite suraiguë, chez quelques-uns un état typhoïde, chez plusieurs, un abcès de foie sont la cause, si on peut s'exprimer ainsi, de la rapide terminaison funeste de la maladie.

FLUX DE TRANSITION.

Nous avons à parler ici de la rectite dysentérique, singulière variété signalée et mise en lumière d'une manière parfaitement claire, par notre regretté et savant ami le Dr Lalluyaux-d'Ormay, pendant qu'il était chef du service de santé de la Cochinchine. Avant d'aller plus loin, qu'on me permette de payer à d'Ormay un tribut d'éloges grandement mérité. Jusqu'à lui, la dysentérie chronique et certains cas de dysentérie aiguë paraissaient présenter des anomalies inexplicables, ce qui entraînait bien des hésitations dans la pratique et bien des souffrances, bien des accidents chez les malades; grâce à sa découverte, on sait mieux à quoi s'en tenir aujourd'hui et on guérit plus vite, plus simplement et avec beaucoup plus de certitude, bien des atteintes qui faisaient le désespoir des intéressés jusque-là.

En parlant de la rectite dysentérique dans mon *Étude sur les maladies des Européens au Sénégal*, j'ai rapporté *in extenso* le passage de la thèse du Dr Harmand; j'y renvoie le lecteur qui voudra remonter aux sources. Je dirai ici, pour donner une idée de cette rectite, que, lorsqu'on passe pour la première fois la visite dans une salle de dysentériques en Cochinchine, au Sénégal, à la Martinique, on est frappé de la divergence de gravité que présentent certains états. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit un sujet au teint presque fleuri parfois, n'ayant d'ailleurs aucun indice d'affaiblissement, un sujet demandant à manger et présentant une quiétude du pouls, une température absolument physiologiques, toutes les apparences de la santé en un mot, excréter des selles purulentes, sanglantes, dans lesquelles on voit ou bien le liquide appelé avec tant de raison : couleur frai de grenouille ou bien du pus pur ou mélangé

avec du sang en quantité variable. Maintes fois on trouve au milieu de ce liquide éminemment pathologique, un fragment plus ou moins volumineux de matière fécale parfaitement louable, absolument comme si le même vase avait servi à deux individus, mais souvent aussi cette matière fécale fait défaut, et son absence est de nature à obscurcir le diagnostic du médecin qui ne connaît pas la rectite dysentérique.

A côté de cet homme qui présente les selles les plus mauvaises en apparence et la santé la mieux conservée, qui offre en un mot une discordance incompréhensible entre l'excrétion intestinale et l'état général, pour le nouveau débarqué, on voit un autre malade qui ne rend dans son vase qu'un peu de liquide aqueux, dans lequel on voit nager des petites stries de sang ou des parcelles de matière noire semblables à une petite pincée de tabac à priser délayée dans une assez grande quantité d'eau, et ce malheureux dont l'excrétion ne paraît pas bien mauvaise de prime abord, offre tous les attributs d'une fièvre intense, d'un état général grave et inquiétant.

Le mot de l'énigme est que le premier malade est atteint de rectite dysentérique, qui peut durer des semaines, des mois et même des années sans faire courir aucun danger, sans même l'affaiblir notablement quelquefois. Le second au contraire, est porteur d'une dysentérie aiguë qui peut le faire mourir en un ou deux septenaires ou le mener, en passant à l'état chronique, à l'émaciation la plus grande et à la mort même, par une usure prématurée de tout son corps.

On le voit : la distinction est parfaitement claire et d'ailleurs en énumérant les symptômes de la rectite, nous allons montrer que le diagnostic est facile à établir.

La rectite est fréquente en Cochinchine, j'ai dit précédemment qu'elle était loin d'être rare au Sénégal, je dois ajouter qu'elle s'observe souvent à la Martinique. Je ne puis fournir des chiffres exacts pour sa proportion, parce que cette rectite se montrant par bouffées qui semblent épidémiques, on la voit tantôt exister sur neuf malades pour dix admissions. Tantôt au contraire, il se passe plusieurs mois sans qu'on en observe un seul cas alors que la vraie dysentérie est fréquente.

En octobre 1875, au moment où je pris la direction du service médical de la Martinique, je fus frappé par le grand nombre relatif des rectites dysentériques qui étaient en traitement à l'hôpital de Fort-de-France. Chez deux individus entre autres, qui rendaient du sang en quantité sous forme de râclure de chair et de mucus sanglant, on percevait au toucher des ulcérations étendues et pro-

fondes un peu au-dessus des sphincters, ils avaient un peu de mouvement fébrile, mais surtout un ténesme anal et vésical très-pénible au point qu'ils passaient des heures entières sur leur vase.

N'ayant jamais été en service dans les hôpitaux de la Martinique, je fus à bon droit étonné de ces cas que j'avais observés beaucoup plus rarement au Sénégal, et ces rectites étaient tellement caractéristiques, que le médecin major de l'*Entreprenante* qui avait fait peu de mois auparavant un voyage de transport en Cochinchine, me disait avec raison en suivant ma visite : on se croirait à l'hôpital de Saïgon.

Dans les premiers jours de novembre, les allures de la dysentérie changèrent, ce fut la forme franchement aiguë qui se montra et avec elle, le retentissement hépatique se manifesta plus fréquemment et d'une manière souvent sévère. Cette dysentérie plus aiguë et plus grave persista jusqu'aux premiers jours de décembre, moment au contraire où l'affection semble frapper avec moins d'acuité les individus et où c'était plus souvent une diarrhée qu'une dysentérie proprement dite que nous avions à traiter. Disons tout d'abord que, lorsque la dysentérie assez aiguë se montrait, elle guérissait plus facilement et plus vite que cette dernière forme subaiguë, qui faisait le fond des entrées de décembre, à condition toutefois de ne pas être trop sévère, cas auquel la complication hépatique la rendait incomparablement plus fâcheuse.

Au moment où la dysentérie avait des allures d'acuité marquée, nous reçûmes un militaire, arrivé par l'*Entreprenante*, chez lequel la médication n'eut aucune prise et qui succomba en quinze jours malgré nos efforts; l'observation V va nous rendre compte tantôt des détails de ce fait.

La rectite dysentérique s'établit de deux manières parfaitement distinctes : 1° elle succède à la diarrhée ou à la dysentérie ; 2° elle s'établit d'emblée à la suite d'une constipation plus ou moins prolongée.

A. *Rectite dysentérique succédant à la diarrhée.*

La rectite succède à la diarrhée dans deux cas différents : 1° chez ceux qui ont eu peu de temps auparavant la dysentérie et chez lesquels la diarrhée a provoqué la réouverture de quelques ulcérations rectales ; 2° chez ceux qui, habitant depuis quelque temps dans les pays chauds, ont une suractivité maladive de la fonction du foie, qui entraîne, à un moment donné, une débâcle biliaire. On dirait que, dans ce cas, l'action topique de la bile sur la muqueuse intestinale a provoqué la destruction de l'épithélium, a produit une véritable vési-

cation intérieure, qui a guéri d'elle-même dans la plus grande partie du tube digestif, mais qui, au contraire, a fait naître dans les plis rectaux, des ulcérations trop profondes, pour se cicatriser spontanément.

Ce mécanisme de la production de la rectite et d'ailleurs de la production de la dysentérie aiguë, a besoin d'être gardé en mémoire, car il peut guider la thérapeutique dans maintes occasions. On le voit se produire à la Martinique, sous forme de bouffées véritablement épidémiques et il explique comment, à certains moments, on voit neuf malades sur dix, présenter soit la dysentérie bilieuse, soit la rectite, alors qu'à d'autres époques, on ne trouve absolument aucun cas de cette rectite dans l'hôpital.

Quelle que soit la catégorie de ceux qui ont une rectite succédant à la diarrhée, voici comment les choses se passent : Après deux, trois, cinq jours de diarrhée, c'est-à-dire comme les choses se passent dans la dysentérie ordinaire, on voit apparaître du mucus sanguinolent et bientôt ces selles sont sanglantes, d'une manière très-accentuée; bientôt on voit la matière que les malades appellent *la graisse* et qui n'est que le mucus intestinal plus où moins teinté de sang, augmenter comme si la dysentérie s'aggravait et, chose remarquable, l'état général paraît en même temps s'améliorer, toute réaction fébrile, toute colique, tout phénomène d'embarras gastrique disparaître, ce qui fait une discordance très-frappante entre les divers symptômes; bien plus, et comme pour augmenter l'anomalie, on voit de temps en temps au milieu de ces excrétions dysentériques, dans lesquelles *le sang et la graisse* sont abondants, des fragments de selles moulées parfaitement naturelles.

Ce n'est pas la seule anomalie de l'affection, nous verrons tantôt que l'état général présente aussi son contingent de particularités; mais il nous faut avant parler de l'autre mode de production de la rectite dysentérique.

B. *Rectite dysentérique succédant à la constipation.*

Chez les sujets qui arrivent d'Europe avec une riche constitution: ceux qui ont parfaitement résisté jusque-là à l'influence débilitante du climat, ou bien encore ceux qui ont en outre des hémorrhoïdes, la rectite dysentérique peut se montrer d'emblée, pour ainsi dire, après une période de constipation de quelques jours, dont on se rend parfaitement compte par une phlogose de la fin du gros intestin.

La rectite peut naître spontanément chez des individus qui ne présentent pas cependant les attributs de la pléthore. Je veux parler de

ceux qui viennent de subir une atteinte de colique sèche ou de colique saturnine.

Que les symptômes de la rectite se soient manifestés d'emblée ou à la suite d'une diarrhée, toujours est-il qu'un caractère spécial et très-remarquable c'est que l'état général se conserve bon. Au lieu de cette fièvre intense que l'on s'attend à trouver quand on a de pareilles selles dans la dysentérie ordinaire, il n'y a pas de réaction générale dépendant de la maladie, car on peut, dans le cas où la fièvre se montre, reconnaître que c'est une intoxication paludéenne concomitante, parallèle, mais bien séparée de la rectite qui nous occupe.

Les symptômes alluvionnaires de la rectite dysentérique durent plus ou moins longtemps suivant les sujets; chez les uns, on voit le sang diminuer, puis disparaître, et les selles redevenir normales soit par cette disparition seule, soit en passant par quelques jours de diarrhée légère. D'autres fois, l'état se prolonge d'une manière indéfinie, les selles deviennent purulentes et la maladie s'éternise sans que l'état général soit sensiblement influencé. Dans une autre catégorie de cas, enfin, on voit peu à peu la réaction s'allumer et bientôt on a affaire à la dysentérie ordinaire plus ou moins grave. De sorte que la maladie peut donc se terminer de trois manières : A. résolution; B. état persistant; C. dysentérie proprement dite.

Nous n'avons pas besoin de longuement étudier la terminaison par résolution; il suffit de la signaler comme il suffit de signaler la terminaison par dysentérie proprement dite. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de l'état de persistance.

Rectite dysentérique persistante ou invétérée.

Les selles sont moulées habituellement, elles s'amollissent parfois, sont diarrhéiques même passagèrement sous des influences éventuelles ou thérapeutiques, mais la caractéristique est la consistance normale. Elles diminuent de nombre au point de ne plus se produire qu'une ou deux fois par jour, phénomène qu'on explique très-bien par la localisation de la lésion qui rend les mouvements réflexes de la défécation moins actifs et moins fréquents; mais autour de ces selles, on voit soit du mucus sangüinolent, soit du mucus plus ou moins purulent, soit enfin du pus véritable; la selle se présente arrosée de ces produits pathologiques, qu'on me passe le mot; c'est un peu comme si un dysentérique avait fait une déjection dans un vase qui venait de servir à un individu sain.

Cette rectite chronique s'accompagne assez fréquemment de té-

nesme anal, mais surtout de ténesme vésical de dysurie et même de prostatite légère. Il y a là une question de voisinage qu'on comprendra très-facilement quand j'énumérerai les altérations que l'on observe dans la maladie. On a signalé les accès pelvi-rectaux. Je suis disposé, pour ma part, à les croire fréquents dans la rectite même légère, et cela par un mécanisme de voisinage aussi. Je me base dans cette opinion sur le nombre vraiment extraordinaire de fistules anales que j'ai observées pendant ma pratique au Sénégal et à la Martinique; en effet, je n'ai pas opéré moins de trente de ces fistules dans l'espace de cinquante-cinq mois, et notons qu'il a passé au plus quatre ou cinq mille malades en tout dans l'hôpital pendant ce temps.

Les symptômes que nous venons de spécifier font penser, *a priori*, qu'il y a dans la rectite une lésion anatomique précise et même localisée. Eh bien, l'inspection directe révèle qu'en effet cette lésion existe; en effet, si on visite au spéculum la fin de l'intestin chez ces malades, on voit suivant les cas : soit une rougeur véritablement morbide de tout ou d'une partie du rectum, la muqueuse y est boursoufflée rouge, rose, brun ou livide, granuleuse comme la face interne des paupières dans certains cas de blépharite aiguë ou chronique; soit de véritables ulcérations assez analogues à celles que produisent les aphthes de la bouche; soit enfin de véritables ulcères qui sont d'un diamètre plus ou moins grand, à bords taillés à pic, comparables à des chancres mous ou indurés, siégeant soit sur la face antérieure, soit sur la postérieure, logés dans les plis rectaux ou saillants, pouvant même atteindre, dans quelques rares cas, le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Si nous voulons maintenant réfléchir un peu aux symptômes de la maladie et que nous les rapprochions de ces altérations que nous révèle l'emploi du spéculum ani, nous voyons que la rectite dysentérique est le résultat d'une irritation locale qui, diffuse et superficielle au début, se localise et gagne en profondeur à mesure qu'elle devient chronique, et alors les phénomènes qui paraissaient insolites s'expliquent sans difficulté. L'absence de fièvre ne nous surprend plus. L'apparence purulente, sanguinolente, concomitante à des selles moulées nous semble naturelle; et, chose capitale, nous comprenons très-bien pourquoi l'affection, quoique bénigne, est si obstinément rebelle à tous les traitements généraux de la dysentérie qu'on employait jadis contre elle.

Si nous faisions une monographie complète des flux du ventre, nous aurions ici à entrer dans des théorisations et des spécifications que nous devons laisser de côté. Il nous aura suffi, dans le cas pré-

sent, de présenter en raccourci les principaux points de la question sans avoir la prétention de les avoir tous envisagés.

FLUX DE VENTRE CHRONIQUES.

Après avoir duré un temps variable, la diarrhée et la dysentérie aiguës qui n'emportent pas le sujet, et qui cependant ne guérissent pas, passent à l'état dit chronique, entraînant une nouvelle série d'accidents et de dangers. La transformation est si grande; l'état, tout en restant grave, en s'aggravant même davantage dans quelques cas, est si différent, qu'il faut s'en occuper d'une manière spéciale et étudier les flux chroniques à part.

Il est difficile de dire à quel moment la transformation se fait, car, suivant le cas, c'est plus ou moins rapidement que la maladie change de caractère, le lieu, la nature de l'affection, la résistance vitale du sujet, la saison de l'année, sont autant de facteurs qui interviennent d'une manière variable, et dont il faut tenir un compte exact si on veut arriver à quelque résultat dans l'étude de cette phase de la maladie.

Le plus souvent, la forme chronique succède à des atteintes aiguës répétées plus ou moins souvent; mais on a cité des cas où elle semblait s'être établie d'emblée, de sorte que l'esprit est assez embarrassé quand il veut résoudre la question. Pour ma part, je suis porté à croire que ces prétendus cas de chronicité d'emblée ne sont que des faits où la maladie a atteint un organisme assez déprimé, soit par un séjour antérieur dans les pays chauds, soit par telle prédisposition organique pour que l'état aigu n'ait pas eu besoin de durer bien longtemps; en d'autres termes, sans que la réaction générale qui constitue cet état aigu ait pu passer presque inaperçue, tant elle a été faible ou de peu de durée.

Nous avons besoin de faire la distinction de la diarrhée et de la dysentérie chroniques au point de vue de la symptomalogie pour faire un tableau facilement appréciable des diverses formes du flux du ventre; aussi allons-nous nous occuper séparément de ces deux affections.

Dysentérie chronique.

Le dysentérie chronique succède à la dysentérie aiguë, elle est la terminaison habituelle chez nombre d'individus dans les pays chauds lorsque le sujet continue à rester exposé aux influences qui l'ont rendu malade. Dans ce cas la première atteinte aiguë peut se continuer sans interruption par l'état chronique ou bien ce dernier ne se montre qu'après un certain nombre de rechutes. Ajoutons

que la dysentérie passe plus rapidement et plus facilement à l'état chronique quand elle se déclare chez un individu préparé par l'anémie.

La maladie s'établit en silence, on peut dire, et par des transformations insensibles. L'individu qui a eu une ou plusieurs atteintes de dysentérie aiguë, mal terminées, pâlit d'une manière sensible; la peau prend une teinte jaunâtre, terreuse, spéciale; les yeux sont caves, ternes, le regard abattu, l'aspect général exprimant la souffrance; bref, le premier examen révèle que le sujet est sous l'influence d'une altération morbide profonde.

Les forces sont abolies, et c'est à peine si le malade peut faire un peu d'exercice; d'ailleurs il suffit de voir son état de maigreur progressive pour comprendre que ce squelette vivant, qui finit par n'avoir qu'une peau parcheminée collée sur les os avec le ventre le plus souvent retracté et comme appliqué sur la colonne vertébrale, n'est plus capable d'aucun effet musculaire.

Souvent la voix prend un timbre particulier, elle est comme fêlée, la parole brève, parfois embarrassée à cause de l'état de la bouche, car si on examine la langue, on s'aperçoit qu'elle est souvent comme dépouillée de son épithélium, qu'elle est rouge, petite, comme recouverte d'un vernis, sèche et parfois fendillée assez profondément. Cet état n'est pas constant, on a pu quelquefois constater que la langue n'a pas subi d'altération, ou bien qu'elle est rouge à ses bords et à sa pointe, tandis qu'elle est blanchâtre au-dessus. Il faut être prévenu de ces différences d'aspect pour apprécier les divers cas qui peuvent se présenter à l'observation.

L'appétit est non-seulement conservé, mais très-fréquemment perverti et souvent exagéré chez les individus atteints de dysentérie chronique, et c'est là une des principales difficultés de traitement que le médecin rencontre, car cet appétit inconsidéré fait commettre trop souvent des imprudences qui affaiblissent le malheureux et font perdre souvent en quelques heures un bénéfice qu'on avait péniblement acheté par plusieurs jours d'attentions et de soins.

La soif est généralement vive et vient apporter son contingent de difficultés, car trop souvent des imprudences de boissons sont commises au grand détriment du rétablissement de cet organisme si déprimé et si menacé déjà par les altérations anatomiques de l'intestin.

La conservation de l'appétit s'explique chez quelques-uns par l'état d'intégrité de l'estomac, de même que la soif est le résultat des déperditions aqueuses très-abondantes qui se font par l'excrétion de selles liquides. Il y a là, quand on est dans de bonnes conditions, ce

qui malheureusement est trop rare, une arme thérapeutique puissante, car le médecin peut se servir de l'intégrité de l'estomac pour introduire des principes nutritifs dans le corps et profiter de la soif incessante pour donner la nourriture sous forme liquide. Mais il ne faut pas croire que l'estomac soit souvent en bon état ; en effet, si on examine avec soin le sujet, on s'aperçoit souvent qu'il est dyspeptique et que les phénomènes sont assez mal indiqués parfois pour que cette dyspepsie ait passé inaperçue. Je dois avouer que pour ma part cette dyspepsie m'a échappé longtemps, et que ce n'est qu'après bien des observations que mon attention a été appelée sur elle, de sorte que j'ai pu croire maintesfois à une intégrité des fonctions stomacales alors que je me trompais manifestement.

Si l'estomac est quelques rares fois en bon état, il n'en est pas de même des intestins; le malheureux patient est en proie très-fréquemment, dans le cours de la journée, à des coliques qui, sans avoir ni fixité, ni acuité bien précises, sans être aussi dures que dans l'état aigu, sont néanmoins très-pénibles. Ces coliques sont parfois réduites à un sentiment de gêne, de pesanteur douloureuse, comme si une barre de fer très-lourde était posée en travers de l'abdomen, au niveau du côlon transverse, disent les malades, et dans ce cas comme dans les autres joue un rôle assez grand dans la vie du sujet pour le préoccuper souvent, pour donner à l'expression de son visage un rictus souffreteux, l'aspect d'une impatiente mauvaise humeur.

Les selles varient de nombre et de quantité, elles sont généralement moindres que dans l'état aigu. Leur nature est très-variable. Ainsi elles sont souvent constituées par un liquide brunâtre, roussâtre ou noir, dans lequel nagent des fragments qui ont l'aspect de morceaux de membranes sphacélées. Mais très-souvent aussi elles sont franchement purulentes pendant un ou plusieurs jours, d'autres fois elles sont décolorées pendant quelque temps, ayant l'aspect plâtreux, il n'est pas rare d'y voir reparaître du sang pur comme s'il y avait une recrudescence d'acuité, enfin si le moindre écart de régime est venu constituer un petit orage intestinal, des fragments d'aliments non digérés se retrouvent dans ces selles qui, dans tous les cas, ont une odeur extrêmement fétide et comme caractéristique pour quelques médecins.

Ces selles sont souvent excrétées avec un ténesme qui est comme pathognomonique de la dysentérie et qui est extrêmement pénible pour le sujet, car il est souvent tourmenté perpétuellement du besoin d'aller à la garde-robe, et n'expulse que des quantités insignifiantes de matières par des efforts considérables et prolongés.

La sécrétion urinaire est influencée par l'état morbide du bas-ventre ; il y a souvent des phénomènes de dysurie, de rétention d'urine ou au moins de difficulté d'émission. La composition du liquide s'altère même quelquefois, mais c'est surtout lorsque l'organisme profondément miné par la dysenterie est tombé dans l'état cachectique.

On comprend, au tableau que je viens de faire, que, lorsque la maladie a duré pendant un certain temps, il s'est produit localement des désordres considérables, et sur l'organisme entier un retentissement des plus fâcheux. La maigreur est devenue extrême, le facies est grippé, la peau parcheminée, la démarche vacillante et même impossible sans soutien. Le sujet a les attributs d'une sénilité cachectique, et bientôt la mort sera le triste résultat de la terrible maladie qui nous occupe.

Remarquons que l'œdème des membres inférieurs et l'ascite ne présentent pas une fréquence et une exagération aussi marquées que dans les maladies organiques du cœur, du foie, les cancers que l'on observe dans les pays tempérés. La chose se comprend assez en songeant à cette évacuation permanente et exagérée de liquides intestinaux qui dessèche, pour ainsi dire, le corps du patient.

Dutrouleau dit que ces œdèmes et cette ascite ont diminué très-notablement depuis que le traitement antiphlogistique a cédé le pas aux évacuants dans la pratique coloniale. Est-ce parce que les antiphlogistiques, abattant plus vite les sujets, les faisaient arriver rapidement à la période ultime de la maladie avant même que l'expulsion des liquides eût pris l'importance qu'elle a dans la maladie telle qu'on la constate actuellement?

Dutrouleau a voulu différencier l'aspect général des cachectiques de flux de ventre, des cachectiques paludéens, la chose est en effet assez possible dans bien des cas. Nous reviendrons sur cette idée quand nous étudierons l'anémie, elle trouvera là sa place plus naturellement qu'ici.

Il est assez rare que la dysentérie débute d'emblée par l'état chronique à la Martinique, mais cependant on en voit des cas de temps en temps ; nous en trouvons, par exemple, un fait dans le rapport du quatrième trimestre de 1851 pour l'hôpital de Saint-Pierre, où Dutrouleau parle d'un soldat qui succomba n'ayant jamais eu d'état aigu, à proprement parler.

Lorsque les hommes atteints de dysentérie chronique sont frappés ultérieurement de dysentérie aiguë, ils sont plus dangereusement pris que les autres parce que la phlegmasie, rencontrant des tissus

malades déjà et disposés de longue main à l'état morbide, marche et plus vite et plus sûrement vers une terminaison fâcheuse sans que la thérapeutique puisse s'y opposer.

Dans quelques cas la dysentérie chronique, arrivée à la dernière période de l'émaciation de l'individu, se complique d'affaiblissement musculaire des membres inférieurs allant même jusqu'à la paraplégie assez longtemps avant la mort.

Diarrhée chronique ou endémique des pays chauds.

On a observé de tous temps, dans les pays chauds, et particulièrement dans ceux comme le Gabon, la Guyane, la Sénégambie, certains points des Antilles, c'est-à-dire là où la chaleur est très-humide à divers moments de l'année, et où certaines conditions hydro-telluriques se présentent, un flux de ventre spécial qui appartient sans doute à la dysentérie, mais qui, cependant, diffère assez, sous plusieurs rapports, de ce qu'on appelle communément de ce nom pour mériter une description séparée.

Lorsque nous nous sommes établi dans la Basse-Cochinchine, pays dont l'aspect physique est l'exagération, peut-on dire, de ce que l'on voit dans les pays alluvionnaires de la zone tropicale, nous avons vu nos militaires et nos marins être atteints par cette diarrhée avec une intensité et une persistance excessives, relativement à ce qu'on avait observé jusque-là.

Cette diarrhée s'est présentée en Cochinchine d'une manière assez fréquente et avec une léthalité telle, que l'idée d'un flux de ventre particulier, exclusif même, aux basses plaines du pays d'Annam, a pris naissance. Telle n'a pas été ma croyance, néanmoins, dès le premier jour; et, bien que je ne sois pas allé moi-même en Cochinchine, j'ai vu depuis une quinzaine d'années assez de diarrhéiques de diverses provenances coloniales pour me croire autorisé à avoir une opinion là-dessus. Or, je suis persuadé que la diarrhée chronique des pays chauds se montre dans nombre de localités tropicales et qu'elle y est plus ou moins fréquente, plus ou moins intense, suivant que telles ou telles conditions existent. La Cochinchine a le triste privilége de présenter la maladie à son maximum de gravité et de ténacité, mais un observateur attentif peut la découvrir dans nombre d'autres pays.

Dans ces dernières années un de nos savants camarades de la médecine navale, le Dr Normand, a découvert dans les selles des diarrhéiques arrivés de Cochinchine, une anguillule qui a été considérée comme jouant certains rôles dans la maladie; et les partisans de l'entité morbide cochinchinoise se basèrent là-dessus pour soutenir

que la diarrhée du pays d'Annam est différente de celle qu'on voit ailleurs. Mais déjà le Dr Chauvin, médecin de 1re classe de la marine, a retrouvé une anguillule semblable chez un sujet arrivé de la Martinique, quelques jeunes camarades m'ont assuré l'avoir trouvée à la Guyane, de sorte qu'on peut espérer que cette différence invoquée précédemment ne saurait être conservée.

Je suis donc entièrement convaincu que la diarrhée dite de Cochinchine n'est que l'exagération de celle qu'on observe dans les autres colonies, et la chose a son importance, je crois, car il est incontestable que l'action des moyens thérapeutiques est plus facilement appréciée, quand elle est dirigée contre une atteinte relativement simple et bénigne. La cause de la maladie se révèle parfois d'une manière plus claire quand le champ de l'observation est moins obscurci, soit par l'intensité des phénomènes, soit par une complication intercurrente. A ce titre, l'observation de la diarrhée chronique dans les colonies du Sénégal, de la Guyane, des Antilles, peut avoir un intérêt plus grand que celui qu'on pensait de prime abord.

La Martinique n'est pas un foyer bien intense de cette diarrhée chronique, mais cependant je l'y ai observée et un assez grand nombre de fois, pour pouvoir affirmer qu'elle y existe très-positivement. Non-seulement je l'ai constaté dans les hôpitaux militaires, mais encore, pour ne citer que deux faits entre mille, je dirai que j'ai vu, dans un voyage que j'ai fait autour de l'Ile avec mon excellent ami le Dr Porte, chef du service pharmaceutique de la colonie, un pharmacien civil du bourg de Sainte-Marie, qui avait cette diarrhée chronique à un point tel, qu'il en est mort. Or, il présentait si absolument les caractères des malades de Cochinchine, que M. Porte n'a pu saisir aucune dissemblance entre lui et les individus qu'il avait observés à Saïgon. L'amincissement de la muqueuse linguale, la maigreur, la coloration de la peau, tout y était jusques aux phénomènes thoraciques.

Une autre fois je fus consulté par un conseiller général de la Colonie que j'ai examiné en compagnie de mon ami le Dr Bouvier, médecin de 1re classe, et que j'ai fait observer par nombre de nos camarades. Il était atteint d'une diarrhée absolument identique à celle de Cochinchine, et n'avait cependant jamais quitté la Martinique; il a guéri très-remarquablement bien, sous l'influence du régime lacté.

Toutes ces raisons justifient, j'espère, ma proposition ; qu'il ne faut pas attacher une importance spéciale au nom de diarrhée de Cochinchine, c'est diarrhée endémique des pays chauds qu'il faut

appeler la maladie, tout en reconnaissant que c'est en Cochinchine qu'elle se présente jusqu'ici avec le plus de fréquence et le plus d'intensité.

Commençons par faire le tableau symptomatologique de l'affection ; nous verrons ensuite les particularités qui se rattachent au diagnostic comme celles qui regardent le traitement.

Les individus qui arrivent dans les pays chauds sont atteints de quelques troubles gastro-intestinaux, et particulièrement de diarrhée, qu'on a considérée comme un phénomène d'acclimatement, et qu'il ne faut pas confondre avec l'affection qui nous occupe. Cette diarrhée du début, dont nous avons parlé précédemment, a pour caractère d'être assez vite guérie en général, et après elle la santé continue à exister le plus souvent sans atteinte bien évidente pendant un temps plus ou moins long.

Au bout d'un temps qui peut être très-variable, car il est subordonné à des causes très-différentes et très-complexes, dépendant tant de la localité habitée, de la saison, que des habitudes et de la constitution du sujet, des phénomènes d'anémie se prononcent, et le sujet marche vers un état de débilitation, dont ce qu'on a appelé la cachexie tropicale est le terme ; débilitation qui se manifeste par des engorgements de la rate, des accès de fièvre interminables si l'élément paludéen est venu compliquer la situation ; qui se traduit par des douleurs hépatiques si c'est le foie qui se congestionne ; qui est exprimé par une diarrhée incoercible et quelquefois inguérissable si, au contraire, le sujet a subi un empoisonnement analogue à celui qu'il subit en Cochinchine, par exemple.

La diarrhée endémique, qui est caractérisée par un état d'anémie prononcé, une dyspepsie gastro-intestinale et des selles molles ou liquides ne contenant pas de sang, ne frappe donc pas ordinairement les individus qui arrivent dans le pays, d'après ce que nous venons de dire. On a voulu voir dans cette proposition l'aveu que la diarrhée de Cochinchine est différente de la diarrhée des autres pays chauds, parce qu'on dit l'avoir constatée parfois d'emblée chez de nouveaux arrivants ; mais nous ne partageons pas jusqu'ici au moins cette opinion.

Qu'on me permette, d'ailleurs, de dire en deux mots que depuis longtemps mon esprit a été frappé par ces citations extraordinaires : 1° de sujets ayant contracté la diarrhée rien que pour avoir passé quelques jours sur rade de Saïgon, même sans descendre à terre ; 2° de diarrhée chronique d'emblée et survenue tout à coup. Or, après avoir analysé les nombreux faits venus à ma connaissance, j'ai constaté que les cas de la première catégorie appartiennent à des

individus anémiés, déjà dyspeptiques, de telle sorte que le séjour à Saïgon n'a été que la dernière et infime condition étiologique. Quant à la seconde assertion, il n'est pas encore venu à ma connaissance un seul fait bien probant ; la chronicité s'est montrée plus ou moins vite suivant les prédispositions des individus mais toujours longue ou courte, accentuée plus ou moins, une période aiguë s'est montrée.

Quoi qu'il en soit, voici l'état du sujet suffisamment affaibli pour présenter la diarrhée qui nous occupe à la Martinique, au Sénégal, à la Guyane comme en Cochinchine. L'état général est précaire; tous les symptômes de l'anémie avancée existent et, de plus, les fonctions intestinales ne se font pas bien. Le matin, peu avant ou peu après le lever du jour, il éprouve parfois quelques coliques, quelques borborygmes et rend en flot une, deux ou trois selles liquides ou molles.

Ce n'est là encore que ce qu'on a appelé, avec d'Ormay, *le dévoiement matinal des anémiques*; mais le sujet est sur la pente d'une aggravation qui prendra bientôt les caractères de la diarrhée chronique si certaines conditions se présentent. Ainsi, si le sujet prend soin de sa personne et de sa nourriture, si en même temps les conditions extérieures s'améliorent, si un changement de lieu, un rapatriement, un refroidissement convenable et très-ménagé de l'atmosphère, par le fait de l'arrivée de la saison fraîche, interviennent, la guérison peut survenir. Dans le cas contraire, la maladie continue et, si nous l'observons dans un pays comme la Cochinchine, nous lui voyons prendre rapidement une acuité et une gravité très-fâcheuses, tandis que, dans des pays moins propices à la maladie, elle parcourt moins vite et d'une manière moins assurée ses périodes d'aggravation.

Les selles sont diarrhéiques, avons-nous dit ; elles sont, sous le rapport de la consistance, liquides ou molles; elles sont d'abord brunâtres, puis se décolorent en passant par toutes ces teintes qu'on a signalées assez souvent pour qu'il soit inutile de nous en occuper de nouveau ici. Consistance de purée, de crème au chocolat, de café au lait, leur principal caractère est d'être décolorées quand aucun médicament spécial ne vient en changer l'aspect. Sous l'influence d'un écart de régime ou d'un essai intempestif d'alimentation, elles deviennent lientériques; quelquefois sans raison apparente elles deviennent momentanément plus ou moins bilieuses. Mais notons que, quand la maladie ne se complique pas d'une rectite ou d'une dysentérie à répétition d'acuité, on ne trouve pas trace de sang dans ces selles.

Il ne faut pas perdre de la mémoire que si la maladie succède souvent à la dysentérie sanglante et plus ou moins sévère dans ses apparences, assez fréquemment aussi, elle débute insidieusement et sans grand appareil symptomatique réactionnel, de sorte que, très-souvent, des individus, qui cependant étaient assez soigneux de leur santé, ne viennent réclamer les soins médicaux qu'après un temps assez long, pendant lequel la maladie a fait de sérieux progrès. Le début est parfois assez obscur et assez insidieux pour que plusieurs médecins aient pu croire à la production de l'état chronique d'emblée, chose que je ne crois pas exacte pour ma part, ai-je dit, d'après ce que j'ai vu jusqu'ici.

L'appétit est souvent diminué, mais lorsque ces aliments sont un peu plus sapides ou mieux présentés que de coutume, il se réveille. D'ailleurs, la pensée qu'une nourriture copieuse et animalisée est un bon moyen, sinon le meilleur, pour guérir ou, au moins, combattre l'anémie, pousse les sujets à manger souvent plus que leur estomac ne le réclame réellement.

Pour peu que le repas ait été copieux, et même sans cela, l'épigastre se ballonne pendant la digestion, des éructations et des vents se produisent, indice d'une assimilation défectueuse. Une poussée lientérique même peut se manifester, et, loin de recueillir un bénéfice de sa tentative de restauration, le malade n'en est que plus affaibli.

Lorsque l'individu atteint à ce degré rentre en Europe, l'état général s'améliore le plus souvent et, peu après, la reconstitution se manifeste par une digestion plus facile et plus complète. Les selles deviennent plus fermes et plus colorées, et, si les choses prennent une bonne tournure, l'amélioration, quoique lente, marche cependant d'un pas assuré vers la guérison.

Si le sujet est condamné à rester dans les pays tropicaux, on voit la digestion stomacale se faire avec plus de difficulté. Peu à peu, des douleurs gastralgiques, des coliques, de la flatulence, vont alternant, se produisant et disparaissant sans cause immédiate bien sensible, en même temps que l'anémie fait des progrès et que l'aspect extérieur, la couleur de la peau, révèlent un état profond de souffrance de l'organisme.

Quelquefois l'épithélium de la bouche se soulève sous forme de vésicules, qui disparaissent d'abord sans laisser d'ulcération, mais qui produisent bientôt des aphthes sur la langue à son frein, aux gencives, aux lèvres. L'épithélium buccal semble parfois s'atrophier, de sorte que la langue et la face interne des joues deviennent lisses rouges comme si on les avait vernissées, donnant un sentiment de

chaleur constante très-pénible, et surtout de véritables douleurs au moment de la mastication, de sorte que l'alimentation, déjà si difficile, devient à peu près impossible, ce qui hâte l'issue funeste de la maladie.

Les phénomènes que l'on voit se manifester à la bouche se produisent sur tout le tube digestif, ce qui fait que la muqueuse intestinale devient incapable de remplir ses fonctions, et l'individu est condamné irrévocablement à la mort, bien avant qu'il n'ait rendu le dernier soupir.

L'anémie va augmentant d'intensité jusqu'au marasme le plus complet, la peau se sèche au point que l'épiderme devient comme pulvérulent, le teint devient blafard à force d'être pâle; il se montre parfois à la face et sur divers parties du corps des taches brunâtres que quelques-uns ont regardées comme caractéristiques, et qui donnent au sujet une teinte sale très-désagréable. En Cochinchine, le teint prend une couleur si spéciale, qu'on reconnaîtrait souvent l'individu qui revient de cette colonie au milieu de cent qui reviennent des autres pays. Mais, ne nous y trompons pas, ce teint peut être pris dans n'importe quelle colonie avec la diarrhée.

La peau flasque et sans vitalité ne fonctionne pas, plus de sueur, plus de sécrétion sébacée, en même temps la sécrétion urinaire diminue au point que les urines sont rendues en quantités insignifiantes; on dirait que toute l'eau du corps va vers l'intestin au détriment des autres voies. Le sujet devient d'une maigreur squelettique, et sa vue attriste les plus indifférents, l'œil perd sa vivacité, il est comme flétri par défaut de liquides. Seule l'intelligence reste quelquefois intacte, et la sensibilité morale s'accroît même parfois chez quelques-uns comme pour décupler les souffrances du sujet. Néanmoins, il faut convenir que le plus souvent la mémoire diminue et que l'indifférence et l'apathie sont l'apanage des individus atteints par la diarrhée chronique depuis longtemps.

Les membres inférieurs s'œdématient quelquefois, mais c'est l'exception, on le comprend. Dans une affection ou les selles absorbent d'une manière si exclusive tous les liquides de l'organisme et même dans le cas où un peu d'œdème se produit, il n'est pas rare qu'une augmentation passagère des selles le fasse disparaître en peu de jours, quitte à revenir ensuite graduellement.

A la grande rigueur, on pourrait baser une partie du diagnostic différentiel de la cachexie diarrhéique et de la cachexie palustre sur l'œdème et l'ascite, mais la chose a trop peu d'importance pour mériter de nous arrêter, et hâtons-nous de finir cette peinture lugubre en disant que, l'anémie faisant du progrès, la mort finit par

arriver après une courte agonie chez les malheureux qui sont arrivés depuis longtemps au dernier degré du marasme.

Il se produit souvent des phénomènes de bronchite chronique, et une grande quantité des malheureux atteints de diarrhée endémique finissent par présenter les symptômes de la tuberculose, car cette tuberculose étant une maladie de misère physiologique, il était naturel qu'elle se montrât dans le cas présent.

Le foie diminue assez fréquemment de volume au lieu de s'hypertrophier lorsque la diarrhée est survenue d'une manière primitive, qu'on me passe le mot, c'est-à-dire que le sujet n'avait pas séjourné précédemment un temps assez long dans le pays, n'avait pas eu d'atteinte de paludisme, de dysentérie aiguë ordinaire assez grave ou de congestion hépatique, car on comprend que, dans ces cas, le foie a acquis un volume qu'il ne peut perdre ni aussi vite ni aussi complétement que dans le premier; mais, malgré son état d'intégrité apparente, il est malade histologiquement.

Lorsque le sujet est en même temps sous l'influence du paludisme, il présente des accès de fièvre qui évoluent parallèlement à la diarrhée, sans l'influencer d'une manière bien marquée, mais qui hâtent l'affaiblissement de l'organisme et rapprochent l'issue funeste. Il survient parfois, dans les cas d'impaludation, un accès pernicieux qui emporte d'autant plus facilement le sujet que le ressort organique est extrêmement amoindri et que la réaction vitale est difficile à se produire chez lui. Dans d'autres cas le sujet succombe dans un état qu'on peut appeler cholérique.

Il se produit parfois des gaz en quantité exagérée dans l'estomac et l'intestin, au point de produire une véritable pneumatose. Cette pneumatose peut prendre des proportions telles qu'il faut intervenir activement sous peine de voir se produire une véritable asphyxie par compression des poumons.

Le scorbut peut venir compliquer la scène déjà si triste — et par la gingivite, les pétéchies, les ecchymoses, les hémorrhagies passives, affirmer son existence en même temps que sa gravité, — mais nous constatons ici, comme nous aurons d'ailleurs l'occasion de le dire plus loin, que le scorbut est rare à la Martinique, au moins dans le moment présent.

Comme chez tous les individus profondément anémiés, le système nerveux prend une susceptibilité très-grande, de sorte que des névralgies, des diminutions locales de force musculaire ont été observées, en même temps qu'on constate une impressionnabilité morale excessive et une sensibilité physique exagérée au moindre froid.

La diarrhée chronique atteint de préférence les individus anémiés par un long séjour dans les pays chauds, surtout dans les pays humides ou marécageux, c'est-à-dire affaiblis par le climat énervant ou l'impaludation; mais il n'est pas très-rare de la voir frapper un sujet presque aussitôt après son arrivée. On a signalé même, comme je l'ai dit tantôt, des faits extraordinaires au point de vue de la rapidité de l'atteinte dans notre Colonie de Cochinchine. Je crois que c'est là surtout qu'on les observe de préférence, mais il ne faut pas croire que la chose ne soit pas possible dans les autres. Je me suis expliqué précédemment sur ces faits de Cochinchine; il me semble que dans ces cas le peu de ressort du sujet ou sa faiblesse primitive ont permis à la diarrhée aiguë, qu'on appelle le flux de ventre de l'arrivée ou de l'acclimatement, de passer bientôt et sans transition à l'état chronique.

La Martinique est un des pays où la diarrhée contractée en Cochinchine guérit le mieux; c'est une chose étrange, inexplicable peut-être, mais néanmoins parfaitement exacte. J'ai eu maintes et maintes occasions de le constater sur des Européens et des Créoles. Je fournirai ici un exemple entre cent de ces remarquables guérisons.

Observation I.

Diarrhée chronique contractée en Cochinchine, incomplétement guérie en Europe, récidivée à la Guyane. — Guérison solide obtenue à la Martinique à l'aide du régime lacté.

M. X... fonctionnaire, âgé de 46 ans, né à la Martinique, mulâtre peu coloré, s'étant bien porté jusqu'en 1873 moment où il arrive en Cochinchine après une traversée pénible pendant laquelle il a eu de l'embarras gastrique et de la diarrhée. Il ne passe que huit mois en Cochinchine, est renvoyé en congé en Europe, très-sévèrement atteint par la diarrhée endémique. Six mois de convalescence le remettent en assez bon état, mais M. X... était encore anémié et avait fréquemment des recrudescences de dévoiement lorsqu'il est dirigé sur la Guyane. Il arrive à Cayenne le 15 janvier 1875, le 28 décembre de la même année il est embarqué pour la Martinique dans un état de maladie sévère; il est soigné dans sa famille sans aucun succès jusqu'au 26 mai 1876, moment où il se décide à entrer à l'hôpital de Fort-de-France.

M. X.... est dans un état d'affaiblissement extraordinaire. Il présente tous les attributs de la cachexie : maigreur squelettique; muqueuses décolorées; épithélium de la langue réduit à une mince couche vernissée; poids du corps 44 kilog.; selles nombreuses dans les vingt-quatre heures; tout aliment introduit dans l'estomac provoque du ballonnement, souvent des douleurs, fréquemment des vomissements. Je prescris le régime lacté, mais M. X.... ne peut prendre une tasse de lait sans la vomir aussitôt. Je

fais adjoindre au lait de l'eau de chaux dans la proportion de 30 gr. pour 200 gr.; je fais en outre préparer une potion contenant 2 gr. de magnésie calcinée pour 120 gr. d'eau et je recommande à la sœur de diminuer l'abondance de chaque prise de lait jusqu'à la tolérance de l'estomac. Après quarante-huit heures de tâtonnements elle arrive à constater qu'en donnant une cuillerée à soupe de lait toutes les dix minutes et une cuillerée à café de potion magnésienne toutes les heures environ, l'absorption se fait assez bien.

Le 29, je remplace la potion magnésienne par une potion contenant 6 grammes de craie et j'ajoute 2 quarts de lavement amylacés contre les coliques.

Le 4 juin, M. X.... conserve le lait très-bien même au cas où il en prend 100 gr. à la fois. Il est si faible qu'il ne peut se lever sans secours; je lui prescris un œuf frais à avaler cru et deux lavements vineux. Les selles commencent à se mouler un peu.

Le 9, je remplace la craie par une potion avec 10 gr. de bicarbonate de soude, deux œufs et un peu de mie de pain dans le lait. Les selles se moulent assez bien.

Le 18, quelques phénomènes d'embarras gastrique se manifestent, les vomissements reparaissent, mais M. X.... est assez fort pour permettre l'administration de 20 grammes d'huile de ricin; évacuations bilieuses abondantes.

Le 25, nous ajoutons aux quatre œufs mollets et aux quatre litres de lait que M. X.... prend chaque jour, un peu de pain et de fromage.

Le 8 juillet, il essaie de sucer un peu de viande rôtie qui passe bien.

Le 12, il boit un peu de vin vieux; les selles deviennent un peu brûnâtres sous l'influence de l'alimentation.

Le 28, nouveaux phénomènes d'embarras gastrique qui sont combattus par 30 gr. de citrate de magnésie.

Le 14 août, M. X.... mange quelques légumes verts cuits et un peu de fruit.

Le 27, il est mis *exeat*, pesant 62 kilog. et parfaitement guéri. Il ne ressemble plus à ce qu'il était à son arrivée à l'hôpital; il est fort, marche, mange, comme un individu parfaitement bien portant; il prend même peu à peu un embonpoint marqué. Enfin, il part pour la Guyanne, le 21 septembre, en parfait état de santé.

M. X.... avait été soumis à des pesées régulières, dont voici les résultats :

Pesées de M. X...

26 mai.	44,000	14 juillet.	54,500
6 juin.	45,000	17 »	55,250
9 »	45,500	19 »	56,000
12 »	47,250	21 »	57,000
14 »	49,000	24 »	57,000
16 »	49,000	26 »	57,250
19 »	49,000	28 »	57,000
21 »	50,000	31 »	58,000
23 »	50,250	2 août.	58,250
26 »	50,250	4 »	59,000
28 »	50,250	7 »	60,000
30 »	51,250	9 »	60,000
3 juillet.	51,250	12 »	61,000
5 »	53,250	19 »	61,000
7 »	53,250	21 »	61,500
10 »	53,250	25 »	62,000
12 »	54,000	28 »	62,000

FORMES. — COMPLICATIONS. — RECHUTES. — RÉCIDIVES. — GRAVITÉ. — CONVALESCENCE.

Il s'en faut de beaucoup que la dysentérie soit toujours une maladie semblable à elle-même chez les divers sujets qui la présentent, tant dans les cas aigus que dans les chroniques, tant dans les degrés légers que dans les atteintes graves ; aussi avons-nous besoin d'ajouter aux divisions que nous avons établies d'autres coupures qui nous permettront d'envisager la majeure partie des cas que l'observateur peut rencontrer dans sa pratique. C'est ainsi que nous allons parler successivement des formes et des complications de la dysentérie aiguë; mais nous devons prévenir le lecteur, dès le premier mot, qu'il ne doit pas être très-exigeant au sujet des distinctions à faire entre ces deux termes, et en effet sans nous attarder à discuter pour savoir si tel ou tel phénomène est une complication seulement ou bien n'est qu'une forme particulière de la maladie, nous nous bornerons à faire des efforts pour peindre bien exactement ledit phénomène, sans nous inquiéter outre mesure de la place qu'il doit occuper rigoureusement.

Formes.

On me permettra de ne parler actuellement que des grandes variétés ou formes que l'on peut distinguer dans la dysentérie grave, c'est-à-dire la dysentérie gangréneuse, hémorrhagique et typhoïde,

n'ayant pas en vue de faire une étude générale et complète de l'affection. Quant à celles qui pourraient avoir leur place ici et dont je ne parlerai pas, elles trouveront un mot de description quand nous parlerons des complications si nous n'en avons pas déjà dit un mot précédemment; d'ailleurs il est bon de faire remarquer que je ne crois pas utile d'entrer dans plus de détails au sujet des formes que peut revêtir la dysentérie du second degré ou du moyen degré; nous pourrions faire à la rigueur la distinction d'une dysentérie plus spécialement bilieuse, plus particulièrement sanguine, etc., etc., mais ce serait, je crois, une mauvaise manière de procéder, car nous portant à considérer comme des entités morbides différentes de simples variétés peu dissemblables, nous courrions le risque de perdre de vue l'unité de l'affection.

Dysentérie gangréneuse. — A proprement parler, toute dysentérie aiguë du troisième degré est gangréneuse, car si on cherche dans les selles on y trouve des portions plus ou moins volumineuses d'éléments nécrobiosés de la muqueuse intestinale. Mais, on le comprend, il ne faut donner le nom de dysentérie gangréneuse qu'aux atteintes où le sphacèle est suffisamment marqué. Dutrouleau a rapporté, à la page 419 de son livre, une observation remarquable de cette dysentérie gangréneuse; il s'agit d'un aspirant qui élimina, le treizième et le quinzième jour de la maladie, des lambeaux constituant environ 35 centimètres de longueur de la muqueuse et de la fibreuse du gros intestin. Ce qu'il y a de plus remarquable c'est que le sujet guérit, et que, six ans après, Dutrouleau le rencontra en excellente santé.

Malgré des faits relativement assez nombreux et où la guérison a pu survenir malgré l'élimination de portions assez étendues de tunique intestinale gangrénée, il n'en est pas moins vrai que l'affection présente une extrême gravité et que trop souvent la mort est la conséquence de la dysentérie gangréneuse.

Le caractère gangréneux est constant dans toutes les dysentéries de la Martinique, disait avec raison Dutrouleau en 1851, et il faisait remarquer que souvent il y a absence de fièvre et que néanmoins les symptômes de la gangrène se décèlent presque au début; aussi, disait-il qu'il croyait fermement que ce fut là le caractère propre de l'endémie de Saint-Pierre et il citait, comme exemple très-probant, le cas d'un jeune séminariste qui avait eu des selles du sang pur et avait rendu des lambeaux de muqueuse de plusieurs centimètres de longueur, sans que l'état général eût été inquiétant un seul instant.

Je crois, disait Dutrouleau, que ce caractère gangreneux n'a pas

été suffisamment signalé par les médecins qui m'ont précédé à Saint-Pierre, il n'est pas seulement un accident de la maladie, il est le caractère constant des cas graves et l'autopsie montre toujours des ulcérations succédant à la chute des eschares; des désorganisations plus ou moins étendues des tuniques, quelquefois un putrilage de toute l'étendue de l'intestin, depuis la valvule de Bauhin jusqu'à l'anus (rapp. de l'année 1851, Saint-Pierre).

Dutrouleau a peint les traits de cette dysentérie gangréneuse avec cette sûreté de main qui le caractérisait, et il signale la dysurie et le tenesme vésical comme accompagnant presque toujours cette forme de la maladie, constituant même parfois les phénomènes principaux alors que les autres symptômes semblent avoir une bénignité qui n'est que l'insidiosité poussée à la dernière limite. Je ne puis résister au désir de rapporter textuellement quelques lignes de son livre ici, car en faire une analyse ou bien essayer de peindre la scène moi-même ne serait que produire une pâle copie des traits de son tableau. « Malgré quelques guérisons, quand la gangrène se limite, ces cas sont toujours très-graves, sont sûrement mortels, si, au lieu de se borner, la lésion frappe tout le gros intestin. Voici d'abord ce qui arrive:

« Les douleurs abdominales se calment tout à coup, les selles se suspendent ou sont rendues involontairement: le hoquet se déclare, la peau devient froide, se couvre d'une sueur visqueuse, le ventre est inerte et insensible au toucher, le pouls misérable devient de moins en moins appréciable et cependant le malheureux patient, immobile, étendu sur son dos et grimaçant un sourire, croit à la fin de sa maladie et à une guérison prochaine. J'ai vu pourtant un homme intelligent, un jeune ingénieur des ponts et chaussées pressentir sa mort dans cette absence de douleurs et, après avoir remercié le médecin de lui avoir caché son danger, prendre ses dernières dispositions et dire adieu à ses amis présents avec autant de calme que s'il partait pour un voyage; l'intelligence la plus lucide persiste parfois jusqu'au dernier moment. J'ai vu cet état durer plus de quarante-huit heures. »

Dysentérie hémorrhagique. — Dans quelques circonstances, la dysentérie grave est caractérisée par des selles contenant une telle quantité de sang qu'il a paru nécessaire à plusieurs praticiens d'admettre une variété appelée la dysentérie hémorrhagique.

Quand on parle de dysentérie hémorrhagique des pays chauds, il faut se demander s'il n'y en a qu'une variété ou bien s'il y en a deux, et, pour ma part, je suis de cette dernière opinion. — En effet, je crois que tantôt ce flux sanglant du ventre n'est qu'une dysentérie grave de cause climatérique, une dysentérie hémorrhagi-

que proprement dite en un mot; tantôt, au contraire, c'est un accès pernicieux enterorrhagique, ni plus ni moins. J'ai quelquefois observé au Sénégal ces accès pernicieux entérorrhagiques et j'en ai rapporté des cas. A la Martinique je n'en ai pas vu; aussi, sans contester la possibilité de leur existence dans ce pays, je crois pouvoir affirmer leur extrême rareté.

La diarrhée chronique peut-elle se compliquer à un certain moment d'hémorrhagie intestinale? j'en ai positivement observé plusieurs exemples et, dans quelques-uns d'entre eux, j'ai pu trouver à l'autopsie des ulcérations qui avaient mis à nu et érodé une branche assez volumineuse de l'artère mésentérique pour entraîner la mort.

OBSERVATION II.

Dysentérie hémorrhagique.— Mort.—Autopsie. (Rapport du 2e trim. 1868.)

Le nommé Gillet (Gustave), âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, soldat d'infanterie de marine, était entré à l'hôpital de Saint-Pierre, le 13 mars 1868, il venait de Fort-de-France où il était à l'hôpital pour la fièvre intermittente et d'où on l'avait évacué sur le nôtre. Il s'était assez bien rétabli pour que, le 20, nous pussions le mettre exeat. Le bateau à vapeur n'étant pas parti ce jour-là, Gillet fut obligé de rester à Saint-Pierre. Il fut surpris, dans la nuit même, de diarrhée avec coliques qui l'obligea à se présenter à la visite le lendemain matin. On le garda à l'infirmerie pensant que cela ne serait rien, et on lui fit prendre un ipéca.

Mais l'affection, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver, et il fut envoyé à l'hôpital, le 23, trois jours après la sortie.

A sa rentrée, il accuse des selles nombreuses contenant, dit-il, des mucosités sanguinolentes et s'accompagnant de vives coliques. La langue est humide, couverte d'un enduit blanchâtre, il y a un léger mouvement fébrile (riz manné à 30 gr., 1/4 de lavement amylacé-laudanisé, demi-bain, cataplasme sur l'abdomen).

Le 24, à la visite du matin. Les selles sont toujours très-nombreuses; elles sont composées de matières jaunâtres, informes, recouvertes de sang spumeux. Il y a des envies de vomir fréquentes (ipéca à la brésilienne).

Le 25, 7 heures matin. L'ipéca a produit des vomissements qui ont beaucoup fatigué le malade, hier et ce matin, au point qu'on ne peut pas le continuer. Les selles toujours innombrables, sont aujourd'hui sanguinolentes; les coliques toujours vives, les nausées des plus fréquentes (ipéca, 1/4 lavement avec 5 grammes d'acétate de plomb). Le soir, même état. Le lavement n'a pas été gardé du tout (calomel, un gramme).

Le 26, 7 heures matin. Les selles toujours en même nombre ne contiennent que du sang, elles sont véritablement hémorrhagiques. Le malade est excessivement fatigué et va s'affaiblissant de plus en plus (calomel 1 gr.; 2 lavements glacés). Soir, même état (le calomel est renouvelé).

Le 27, 7 heures matin. Même état, même prescription.

Le 28, 7 heures matin. Les selles, sans diminuer de fréquence, ont changé un peu de nature. Elles contiennent un peu moins de sang et ne sont accompagnées que de coliques légères. Mais l'état général du malade ne s'améliore pas. Il se plaint beaucoup de l'estomac (vésicatoire à l'épigastre, 3 lavements avec décoction de quinquina glacés, déjà donnés la veille).

Le 29, 7 heures du matin. Le sang a complétement disparu des selles qui, devenues moins nombreuses, sont composées d'une matière liquide, épaisse, verdâtre, comme de la bile.

Le malade s'affaiblit de plus en plus. (Même prescription : Petit lait manné à 30 gr.)

Le 30, 7 heures du matin. Pas de changement.

Le 31, 7 heures du matin. Le pouls est moins élevé; la peau a de la tendance au refroidissement; les coliques ont disparu, mais la faiblesse est telle que le malade ne peut plus se lever, et, souvent, il n'a pas le temps de demander le bassin. Le sang n'a pas reparu dans les selles.

4 heures soir. L'état de Gillet empire; le pouls est plus petit que ce matin, et il y a une somnolence continuelle (2 vésicatoires aux mollets. Potion à l'extrait de quinquina et au malaga).

9 heures soir. Le pouls est filiforme; la peau froide.

Mort à 9 heures du matin, le 1er avril.

L'autopsie faite neuf heures après la mort nous a donné les résultats suivants :

Rigidité cadavérique, émaciation assez prononcée du sujet; ecchymose violacée au plan postérieur du cadavre.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Cœur et poumons sains.

La masse intestinale est distendue par des gaz; elle est d'un aspect bleuâtre. L'épiploon, violacé, est roulé en corde au niveau du côlon transversé.

L'estomac contient des liquides ingérés pendant la vie.

La muqueuse est rouge, arborisée, surtout vers le grand cul-de-sac.

L'intestin grêle contient une matière brunâtre, sa muqueuse est amincie et laisse saillir les plaques de Peyer et les follicules de Brunner. Au niveau de la valvule iléo-cœcale, l'état de la muqueuse change brusquement, elle présente des désordres très-graves.

C'est la muqueuse des côlons, à partir de la face inférieure de la valvule de Bauhin, qui paraît le véritable siége du mal. Cette muqueuse est épaissie, boursoufflée, d'un rouge violacé, tirant sur le bistre, elle est parsemée d'ulcérations, dont quelques-unes, assez étendues, intéressent toute son épaisseur, et n'ont pour plancher que sa tunique fibreuse.

Ce même état de la muqueuse, qui paraît comme gangrénée, s'étend jusqu'au rectum où l'on reconnaît plusieurs sources d'hémorrhagie qui ont dû fournir, pendant la vie, aux abondantes évacuations de sang qu'a eues le malade.

Foie hypertrophié, consistant, ne présentant pas d'altération notable, son tissu est exsangue, la vésicule biliaire complétement vide.

Rate molle, diffluente, d'un volume normal. (Rapport du 2e trim. 1868.)

Observation III.

Dysentérie d'abord hémorrhagique, ensuite gangréneuse. — Mort. — Autopsie.

Julien (Alexandre), âgé de 21 ans, matelot du navire *François-Louis et Gabriel*, entré à l'hôpital le 9 août, mort le 18 du même mois à 11 heures un quart du matin de dysentérie gangréneuse.

Le 9, Julien (Alexandre) donne les détails suivants sur la maladie qui le force à venir réclamer nos soins à l'hopital.

Il y a dix-sept jours, dit-il, qu'il a été pris au milieu de la nuit et sans autre cause qu'un travail un peu forcé les jours précédents, de fièvre et de coliques. Les jours suivants, les coliques se sont accompagnées de selles sanglantes nombreuses, de cuisson à l'anus, de ténesme. A cette époque, un médecin de la ville appelé par le capitaine aurait prescrit de la limonade de casse. Sous l'influence de ce médicament, les coliques jusqu'alors supportables ont acquis une grande acuité, en même temps qu'est apparue une douleur extrêmement vive, ayant son siége au niveau de l'ombilic, s'exagérant par la pression et s'irradiant dans les fosses iliaques.

Le chirurgien de garde constate l'état du malade qu'il décrit ainsi : facies abattu, décoloré ; yeux enfoncés dans les orbites, couleur bistre des paupières, teinte subictérique de la conjonctive oculaire, peau moite, sans chaleur anormale, un peu de réfrigération des extrémités inférieures ; pouls accéléré, sans dureté ; langue blanche au centre, rouge à la pointe, un peu sèche ; soif vive ; pas de nausées ; coliques très-vives dans le trajet des côlons ; ténesme ; douleur fixe et vive à l'ombilic ; selles nombreuses composées de sang et de mucus intestinal ; ténesme vésical. — Prescription : diète ; eau gommée ; 30 sangsues à l'anus ; un demi-bain ; poudre composée de calomel, 50 cent., et d'ipéca, 50 cent. en 10 prises à prendre une toutes les heures ; un quart lavement additionné de sous-acétate de plomb de 30 gouttes ; cataplasme sur le ventre.

Le 10, l'état du malade ne s'est point amendé, les selles conservent le même caractère ; à l'exception des sangsues, la même médication est employée.

Le 11, dans la nuit, il y a eu des frissons continuels, à la visite du matin, le pouls est dans le même état que les jours précédents : la peau est refroidie aux extrémités. L'intelligence paraît moins active, le malade répond lentement aux questions qui lui sont faites. La langue est complétement sèche, la soif peu vive. Les selles nombreuses ont changé de nature et sont constituées maintenant par une matière séro-sanglante. — Prescription : bouillon ; eau gommée ; deux quarts lavement avec azotate d'argent 0,50 pour chacun ; sinapismes aux extrémités.

Le 12, même état, les déjections ne sont composées que de sang pur, et nombreuses au point de constituer une hémorrhagie inquiétante. — Prescription : bouillon ; eau albumineuse ; deux quarts lavements avec perchlorure de fer sublimé 0,50, eau 250 gr. pour chacun ; julep (bis) additionné chacun de sous-nitrate de bismuth, 20 gr., et d'extrait de quinquina, 4 gr.

Le 13, l'hémorrhagie continue; le malade est dans un tel état de faiblesse qu'il ne peut plus se lever, le pouls est petit et misérable.— Prescription : bouillon ; viande crue; le reste comme la veille.

Le 14, les douleurs abdominales ont considérablement diminué; le ventre, quoique légèrement détendu par des gaz, peut être pressé en tous sens sans que le malade éprouve une douleur bien vive. Les selles involontaires et continuelles ne contiennent plus qu'une petite quantité de sang, mais elles sont fétides, d'odeur gangréneuse, repoussante. La langue est sèche et froide, la soif nulle, le pouls petit, misérable, très-accéléré, le facies exprime stupeur et abattement, l'intelligence demeure nette; mais le malade répond par monosyllabes.— Prescriptions : bouillon; pilules de viande crue; eau albumineuse aromatisée avec teinture de canelle; large vésicatoire sur l'abdomen; julep (bis) additionné chacun de sous-nitrate de bismuth, 20 gr. et d'extrait de quinquina, 6 gr.

15 et 16, même état, même prescription.

Le 17, le malade rend par l'anus et au milieu de matières noires, d'odeur gangréneuse, deux lambeaux de muqueuse intestinale, le premier long de 10 cent. a dans sa plus grande largeur 4 cent. et demi; le second, long de 13 cent. forme un tube complet et conserve la forme et les dimensions du gros intestin. Toute douleur abdominale a disparu, le malade n'accuse qu'une faiblesse excessive, le pouls est petit, intermittent, à peine perceptible. — Prescriptions : bouillon de poulet; pilules de viande crue; eau albumineuse aromatisée aux teintures de canelle; julep ut supra; lavements aux décoctions de quinquina gommés et sous-nitrate de bismuth; sinapisme aux extrémités; vésicatoires aux jambes.

Le 18, à 2 heures du matin, l'agonie survient et Julien succombe à 11 heures et quart du matin.

Autopsie faite le 19 août à 9 heures du matin, 22 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Taille moyenne, peau et poils bruns; développement moyen du système musculaire, traces de vésicatoires aux parties inférieures du ventre et internes des cuisses et des jambes; légères excoriations de la peau des membres inférieurs; traces anciennes de ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Poitrine, abdomen. — Rien à signaler.

Mésentère hypérémié et considérablement épaissi dans toute son étendue. Volume considérable des glandes dont quelques-unes atteignent celui d'une noix. Estomac et intestin grêle, distendus par des gaz. Aspect boursouflé du gros intestin. La muqueuse stomacale est fortement injectée au niveau du grand cul-de-sac et offre sur la petite courbure quelques fines arborisations vasculaires.

L'intestin grêle est sain dans toute son étendue, malgré que, de loin en loin, se remarquent quelques follicules isolés, hypertrophiés sans aucune altération.

Tous les désordres se rencontrent dans le gros intestin dont la muqueuse

presque entièrement détruite n'existe plus que sous forme de petits lambeaux épars, flottants, destruction qui permet de distinguer nettement bientôt la tunique fibreuse, lorsque celle-ci n'a pas attaqué, tantôt et le plus souvent, les fibres musculaires, circulaires et longitudinales de l'intestin. Dans le côlon, outre l'aspect général produit par le sphacèle de la muqueuse, il existe plusieurs ulcérations à bords taillés en pic et occupant toute l'épaisseur de l'organe, sa tunique péritonéale exceptée. Le rectum tout entier surtout dans la paroi postérieure a été détruit par le sphacèle qui lui a fait subir une perte de substance, dans son étendue, de 13 cent. environ.

En ce point, existent des adhérences bien organisées et qui ont empêché l'épanchement dans le petit bassin des matières contenues dans le rectum.

Le foie, la rate et les reins sont légèrement hypérémiés, ces derniers organes présentent dans leur épaisseur des taches ecchymotiques occupant indifféremment l'une et l'autre substance.

La vessie est vide et saine. Signé : Dr Langellier.

Dysentérie typhoïde. — Dutrouleau, qui cependant avait une grande habitude de la dysentérie et qui avait été toute sa vie admirablement placé pour l'étudier dans toutes ses formes, ne croit pas très-fermement à la dysentérie typhoïde. C'est dire que cette forme, n'est ni si commune, ni si facile à reconnaître qu'on serait tenté de le penser, si même elle existe; bien plus, nous devons nous demander en présence de ses doutes, si, oui ou non, il faut admettre cette forme de la dysentérie.

J'ai naturellement dû me préoccuper de cette question de la dysentérie à forme typhoïde, et voici ce que j'en pense pour ma part:

Tout d'abord, il faut éliminer, comme existant bien réellement, une dysentérie dans le cours de laquelle survient une fièvre typhoïde; Dutrouleau en cite un cas dans son livre (p. 443), et, quant à moi, j'en connais quelques autres assez nombreux pour que la chose ne fasse pas doute dans mon esprit. Ce sont des faits d'individus arrivés depuis peu de temps de France ordinairement et entrés à l'hôpital pour dysentérie du premier ou du second degré; or, on était en ce moment en temps d'épidémie de fièvre typhoïde, il y avait dans la caserne d'où provenaient ces malades, dans les salles où ils étaient soignés, des militaires du même corps, de la même compagnie, atteints manifestement et incontestablement de dothiénentérie. A un point quelconque de l'évolution de leur dysentérie, c'est-à-dire tantôt au début, tantôt au milieu, tantôt à la convalescence, ces individus entrés à l'hôpital pour flux de ventre endémique, ont présenté les phénomènes de la fièvre typhoïde, soit légère, soit grave, ont guéri ou ont succombé. Dans tous les cas, ces hommes me semblent avoir présenté l'évolution parallèle mais séparée de deux maladies bien distinctes, de sorte qu'il faut admettre

pour ce qui les regarde, que ce n'était pas une dysentérie typhoïde à proprement parler.

Dans d'autres cas bien différents, on voit soit chez les nouveaux arrivés, soit chez des sujets habitant le pays plus ou moins longtemps en temps d'épidémie de fièvre typhoïde ou bien en dehors tout à fait d'une poussée épidémique de dothiénentérie, des individus entrer à l'hôpital pour une dysentérie qui atteint bientôt le degré intense, il y a, pendant plus ou moins longtemps, élimination de portions sphacélées dans les selles, élimination se traduisant par de petites parcelles noires au milieu du liquide muco-sanglant; purulent, bilieux, etc., etc., et par l'odeur caractéristique plus ou moins prononcée. A un moment donné, les selles deviennent moins fréquentes, l'abdomen se météorise un peu, la stupeur se manifeste, je ne parle ni de la fièvre ni de la sécheresse de la peau qui existaient déjà; souvent la langue se sèche, se rôtit, pour me servir de l'expression consacrée, des fuliginosités se montrent; quelquefois, une légère hémorrhagie nasale ou linguale survient, bref en y comprenant même le délire fugace ou assez persistant qui s'observe aussi, on est en présence de cet état dit état typhoïde. Dans ces cas graves, le malade n'est pas toujours condamné à une mort assurée, mais cependant, il court les plus grands dangers, l'ataxie, l'ataxo-adynamie peuvent survenir et entraîner la terminaison funeste, et il est à remarquer que l'autopsie révèle dans ce cas des lésions assez semblables d'un sujet à l'autre. C'est 1° un état de phlogose putride, gangréneuse, des ulcérations putrilagineuses dans le gros intestin; 2° un état de rougeur inflammatoire avec arborisations de la fin de l'intestin grêle, rougeur n'étant souvent pas accompagnée de phlogose apparente des glandes de Peyer, mais d'autres fois existant avec cette phlogose plus ou moins accusée avec des ulcérations de une, deux, cinq, dix glandes, c'est-à-dire des lésions de l'intestin grêle, rappelant fréquemment la dothinentérie, mais souvent aussi, ne pouvant lui être assimilée; 3° un état variable d'engorgement de ganglions mésentériques; 4° un commencement de ramollissement ou au moins un état d'hypérémie de certaines parties du foie.

Pour ma part, je n'ai vu là qu'une infection putride, de sorte que je suis assez porté à n'admettre, pour ces cas, qu'une variété de la dysentérie gangréneuse; l'état typhoïde ne m'a pas paru différent de ce qu'il est dans mille autres cas très-variés, depuis la cystite purulente, jusqu'à la fièvre puerpérale en passant par la résorption putride qui survient après certaines opérations ou bien dans les cas d'anthrax, par exemple.

COMPLICATIONS.

Je n'ai pas besoin de faire ici, encore, la même réserve que précédemment; il est bien entendu que telle particularité qui est classée parmi les complications, pourrait compter parmi les formes, etc. Quoi qu'il en soit, nous allons nous occuper : 1° du phlegmon interstitiel de l'intestin; 2° de la péritonite et de la perforation intestinale; 3° de la cholérine; 4° de la fièvre paludéenne; 5° de l'hépatite; 6° des douleurs et des paralysies; 7° de la tuberculisation pulmonaire.

Phlegmon interstitiel de l'intestin.

Dans quelques cas, la dysentérie grave se complique d'un véritable phlegmon interstitiel de l'intestin qu'il faut distinguer de la dysentérie gangréneuse proprement dite et l'observation que nous rapportons ci-dessous, va nous familiariser avec cet accident.

OBSERVATION IV.

Dysentérie gangréneuse. — Expulsion d'une portion de la muqueuse. — Abondante suppuration faisant croire à un abcès du foie ouvert dans l'intestin. — Mort. — Autopsie montrant que l'abcès avait siégé dans le côlon.

Le nommé Froissard (Auguste), âgé de 44 ans, cuisinier du trois-mâts *la Lucie-Mathilde*, d'une constitution déjà ruinée et affaiblie par une longue navigation, entre à l'hôpital le 5 juillet. Son arrivée à la Martinique datait déjà d'un mois. A son entrée, cet homme qui attribue l'affection dont il est porteur, à l'usage qu'il a fait de l'eau de l'aiguade de Saint-Pierre, nous dit avoir été pris subitement de coliques peu vives, suivies de selles diarrhéiques, au nombre de dix à douze dans les vingt-quatre heures. Les déjections alvines, dit-il, s'accompagnent parfois de nausées vives.

Au moment de son entrée, nous constatons que le malade n'accuse plus aucune douleur abdominale, que la soif est modérée, la langue un peu rouge à la pointe et légèrement chargée au centre, que la bouche est pâteuse, que les selles sont diarrhéiques, et que les urines sont libres; qu'il n'existe aucun état fébrile et que l'examen le plus sévère de tous les autres organes, n'amène à la découverte d'aucune lésion appréciable. Nous crûmes avoir affaire à une diarrhée simple, que quelques jours de repos, un peu de diète, et des préparations opiacées enrayeraient facilement. Cette médication dès le lendemain amenait dans l'état de Froissard un mieux considérable, et sept jours après son entrée à l'hôpital, il allait être rendu à son navire en partance, quand, le 11 à la visite du matin, il nous dit avoir passé une très-mauvaise nuit, accuse de violentes coliques, des selles nombreuses et sanguinolentes.

A ce moment, le pouls était petit et accéléré, le facies grippé, la peau froide, la langue très-rouge et sèche, la soif vive, l'abdomen douloureux,

surtout à la pression et au niveau de la fosse iliaque droite. Depuis la veille au soir, le malade n'avait pas uriné, et se plaignait d'un sentiment de distension de la vessie, que nous trouvâmes effectivement pleine d'urine et que nous dûmes cathéteriser. Malgré la médication employée et qui se composa de bains généraux émollients, d'opium administré soit en pilules, soit en potions, à la dose de 15 à 20 centigr. par vingt-quatre heures, de frictions d'onguent mercuriel et d'applications de cataplasmes émollients sur l'abdomen; le même état se prolongea jusqu'au 23, époque à laquelle la péritonite semble céder, pour faire place à une série d'accidents non moins graves.

A cette époque en effet, le malade rendait avec les urines, dont le cours était rétabli, des lambeaux de fausses membranes. La dysentérie prenait un caractère d'acuité parfaite, l'abdomen devenait douloureux dans toute son étendue, il y avait ténesme et les selles étaient composées de quelques mucosités fortement ensanglantées. L'état général restait d'ailleurs à peu près le même, le pouls était toujours petit, concentré, la peau d'une température inférieure à la normale, la face toujours grippée.

A cette nouvelle série de symptômes, il fut opposé une médication nouvelle, et le calomel à dose évacuante (1 gr. par 24 h.) trouva ici son application. Les 24, 25, 26, 27, le même état persiste, mais en s'amendant sensiblement, le pouls reprend de l'ampleur, les douleurs abdominales diminuent d'une manière notable, les selles deviennent plus rares et moins sanguinolentes, le ténesme disparaît, en même temps que le malade cesse complétement de rendre, par les urines, les lambeaux de fausses membranes tout à l'heure signalés. Le dernier jour du mois arrive, la convalescence semble s'établir, le malade prend avec plaisir quelques aliments et voudrait déjà se lever, quand, tout à coup, pendant des efforts de déjection, il lui échappe par l'anus un lambeau cylindrique de muqueuse intestinale, long de huit centim., retourné sur lui-même, comme un doigt de gant, et tenant par l'une de ses extrémités à l'intestin.

Ceci se passait le 31 à cinq heures du soir. Le prévôt de l'hôpital appelé immédiatement, crut à une procidence de la muqueuse rectale, et on tenta vainement la réduction. Le lendemain 1er août, le malade avait passé une excellente nuit, tout symptôme douloureux avait disparu. Le pouls était bon, la peau normale, la langue humide, la soif modérée, des selles peu nombreuses et composées de sang presque pur, avaient eu lieu pendant la nuit; le lambeau de muqueuse intestinale paraissait sphacelé dans toute son étendue. Une sonde de femme introduite par l'anus pénétrait à une profondeur de six centim. environ, puis était arrêtée par un corps d'une consistance molle, que nous crûmes être la muqueuse elle-même; il n'y avait plus à songer à en faire la réduction, nous dûmes laisser agir la nature, nous contentant de faire sur la partie des lotions froides, en même temps que le malade prenait à l'intérieur des astringents (ratanhia et tannin) contre l'hémorrhagie. Le 5 août, le lambeau de muqueuse se détacha complétement, et nous pûmes constater alors qu'il avait effectivement une longueur de 10 centim. et qu'il représentait le calibre du gros intestin. L'état

général d'ailleurs s'améliorait sensiblement, quoique les selles demeurassent toujours sanguinolentes, et jusqu'au neuf, aucun symptôme nouveau ne se manifesta. A cette date, Froissard rendit encore par les selles un nouveau lambeau sphacelé de muqueuse intestinale, celui-ci plus long que le premier avait quatorze centimètres de long et le tube qui le constituait était irrégulièrement découpé à ses deux extrémités.

Le même jour, le malade fut pris d'un hoquet persistant et douloureux que ni l'emploi des antispasmodiques, ni celui de la belladone ne put faire cesser ; en même temps, il accusait une douleur vive dans la région lombaire gauche, douleur que la pression exagérait en l'irridiant jusque dans la fosse iliaque du même côté. En interrogeant cette région, nous y constatâmes un empâtement manifeste avec tuméfaction. Le 10, le malade fut pris dans la nuit d'un violent accès de fièvre, débutant par le frisson, parcourant les stades de chaleur et de transpiration, et se terminant le matin vers cinq heures environ. Au moment de la visite, nous le trouvâmes dans l'état suivant : peau couverte de sueurs et peu chaudes, pouls très-légèrement accéléré, hoquet persistant, facies abattu sans être grippé, douleurs vives dans le flanc gauche, dans toute la région lombaire du même côté et dans la fosse iliaque, empâtement manifeste de ces régions. Dans la région lombaire, il nous semble percevoir une ondée fluctuante, mais très-éloignée. La langue est restée dans le même état que précédemment, la soif est peu intense ; les selles, au nombre de six pendant la nuit, sont entièrement composées de mucosités, légèrement teintes de sang.

Nous prescrivons de l'eau gommée pour tisane, deux lavements avec eau 200, tannin 2, laudanum 20 gouttes, des frictions d'onguent mercuriel belladoné et des cataplasmes émollients sur toute la partie tuméfiée. En même temps, nous faisons prendre à l'intérieur de la décoction de quinquina, et nous prescrivons une alimentation légère, composée surtout de bouillon de poulet et d'une petite quantité de vin. Jusqu'au 16 inclus, le même état persiste avec cette différence que la fluctuation d'abord obscurément perçue devient de plus en plus manifeste, et ne nous permet plus de douter de la présence d'un abcès siégeant dans la cavité péritonéale en arrière de l'S du côlon. Les urines ayant continué de couler sans présenter la moindre trace de pus. Le 17, l'abcès se faisait jour à travers le gros intestin, et à la visite du matin, nous pûmes constater que le malade avait rendu par les selles une quantité considérable de pus mêlé à du sang.

En outre, une pression méthodique exercée par les deux mains, en avant au flanc gauche, en arrière sur la région lombaire, déterminait immédiatement des besoins irrésistibles d'aller à la garde-robe et chaque fois, le malade rendait sans efforts une notable quantité de pus. Jusqu'au 30, le même état persista, les selles toujours purulentes furent nombreuses, la fièvre réapparut à des intervalles irréguliers s'accompagnant chaque fois de frissons, et se terminant par des sueurs copieuses, en même temps que le hoquet persistait. Devant un pareil état, nous dûmes continuer l'usage des aliments analeptiques, pris à petites doses, du quinquina à l'intérieur et des frictions sèches, ou faites avec des substances excitantes sur la peau,

médication que nous avons continuée tant que durèrent ces symptômes, c'est-à-dire jusqu'au 7 septembre. Le 7 septembre, le malade est dans un état général satisfaisant. Le hoquet a cédé depuis deux jours, le pouls est normal, la langue bonne, la digestion facile, il n'existe plus aucune douleur, ni dans l'abdomen, ni dans la région lombaire gauche.

L'empâtement et la fluctuation que nous signalions tout à l'heure dans le flanc gauche, et dans la région lombaire du même côté n'existe plus. Trois selles muco-diarrhéiques ont eu lieu dans les vingt-quatre heures précédentes, le malade dit se sentir renaître. Les urines depuis le premier accident n'ont pas cessé de s'écouler avec facilité. Tous les autres organes thoraciques et abdominaux paraissent sains.

Cette fois la convalescence semble définitivement établie, une alimentation plus substantielle est prescrite au malade, en même temps qu'il lui est continué à l'intérieur l'usage du quinquina sous forme de décoction, nous lui prescrivons le sous-nitrate de bismuth, à dose de 6 gr. par jour. Jusqu'au moment où nous écrivons ce rapport, 1er octobre, cet état continue, et tout nous fait espérer que Froissard sortira bientôt de l'hôpital.

Froissard (Auguste), consigné dans le précédent rapport. L'amélioration signalée chez ce malade a persisté pendant quelque temps; les selles avaient déjà leur apparence normale, les digestions étaient régulières, bien que l'état général ne se relevât pas complétement. Le malade mangeant la demi-portion et demandant à sortir, quand, le 4 novembre, subitement et sans cause appréciable, le malade est pris de vomissements opiniâtres et de hoquet; l'abdomen devient tendu, douloureux, résonnant à la percussion, les selles sont fréquentes et séreuses, le pouls est petit, accéléré, la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse. Deux heures après l'invasion de ces accidents, le malade succombe.

Les symptômes observés chez ce malade par notre prédécesseur lui avaient fait diagnostiquer une dysentérie compliquée d'un abcès situé en arrière du côlon descendant et en dehors du péritoine; abcès qui se serait ouvert dans le gros intestin et dont le pus aurait été évacué par les selles.

A l'autopsie, nous avons donc dû diriger immédiatement nos recherches vers la région lombaire gauche. Le rein de ce côté, le tissu cellulaire qui l'environne, le muscle psoas et le carré des lombes ne présentent aucune altération. En détachant avec soin le côlon descendant nous n'avons pu trouver aucune cicatrice, aucune trace d'un trajet fistuleux.

Le pus évacué en abondance par les selles n'avait donc pu prendre naissance en dehors de l'intestin, mais s'était formé dans le côlon même. C'est en effet dans ce viscère seulement que nous avons trouvé des désordres graves.

A l'union du cœcum et du côlon, on observe dans une étendue de 0,04 de hauteur sur 0,07 ou 0,08 de largeur un épaississement considérable de l'intestin, la muqueuse porte la marque d'une large perte de substance cicatrisée; au-dessous, le tissu cellulaire épaissi est induré et offre l'apparence lardacée. Le côlon, dans sa longueur, offre quelques ulcérations du diamètre d'une pièce de 0,20 cent. Enfin, dans le rectum, on constate une

large ulcération de la muqueuse ayant 0,08 de hauteur et intéressant tout le calibre de cet intestin. Sa surface qui tranche par la coloration grisâtre avec le reste de la muqueuse est en partie cicatrisée. Pas de lésions dans les autres viscères.

A proprement parler, on sait qu'il est très-difficile, sinon même impossible, d'établir un diagnostic différentiel dans un cas pareil; d'autant que la dysentérie avait été d'abord gangréneuse d'une manière irrécusable et qu'ultérieurement tout portait à croire qu'il s'agissait d'une hépatite. Mais néanmoins, nous avons voulu rapporter cette observation pour fournir le plus de faits possibles touchant les diverses variétés cliniques de la dysentérie à la Martinique.

Péritonite et perforation intestinale.

Il n'est pas très-rare de voir la dysentérie aiguë ou chronique, quand elle a une certaine intensité, se terminer par péritonite ou par perforation intestinale. Il n'y a pas là, à proprement parler, deux accidents différents, mais bien deux degrés de la même complication.

Observation V.

Dysentérie aiguë survenant un mois après l'arrivée à la Martinique.— Aggravation rapide.— Mort quinze jours après le début de la maladie.— Autopsie.

Comte (François), âgé de 22 ans, né dans la Mayenne, soldat d'infanterie de marine, embarqué le 1er septembre 1875 à Toulon sur le transport l'*Entreprenante*, arrivé le 28 octobre à Fort-de-France ayant passé par le Sénégal et la Guyane sur un navire encombré et où il y avait des cas de fièvre grave (typhus), mais n'y ayant pas été sérieusement malade, est pris de diarrhée le 25 novembre de la même année après avoir fait depuis son débarquement un service d'exercice d'autant plus pénible que la chaleur s'est prolongée cette année jusqu'à la fin du mois de novembre.

Comte, qui est d'un caractère doux et dont les facultés intellectuelles ne sont pas très-développées, fait son service tant qu'il n'est pas vaincu par le mal. Néanmoins il se présente à la visite de son corps le 28 novembre et est envoyé à l'hôpital aussitôt. Le billet d'entrée n'accuse que des selles séreuses, mais cependant on constate du sang et des mucosités. De la *lavure de chair* dans la selle excrétée peu d'instants après l'entrée à l'hôpital. A 3 heures du soir, on trouve Comte avec la peau chaude, le pouls fébrile, la langue petite, pointue, modérément chargée, humide. — Bouillon ; tilleul; 30 gr. de sulfate de soude.

29 novembre, l'amélioration ne s'est pas produite, les selles sont aqueuses au-dessus mais teintées de sang, et en décantant le vase on trouve qu'il y a au fond une portion épaisse comme de la purée grisâtre et qui semble être de l'épithélium intestinal desquamé. Ces selles ont une odeur faible,

plutôt fade que fécale. — Tilleul; 30 gr. de sulfate de soude; lavement avec 30 gr. de sulfate de soude, à midi, lorsque les selles du purgatif auront diminué de fréquence.

Le soir, la peau est sèche, chaude; céphalalgie; pouls fébrile; langue pointue, blanche dessus, rouge au limbe; douleurs dans tout le corps, au dire du malade. — On prescrit des compresses froides sur le front et sur le ventre; quatre lavements froids de trois en trois heures.

30 novembre. L'état général ne s'est pas amélioré; chaleur fébrile; 8 selles pendant la nuit, elles sont séreuses en dessus et légèrement teintées par le sang; en décantant le vase on voit un dépôt inférieur qui est véritablement purulent. — Bouillon; 8 gr. de racines d'ipéca à la brésillienne; quatre lavements émollients.

1er décembre. Il semble que l'amélioration tend à se produire dans l'état général, les selles sont cependant de même nature. — Ipéca n° 2 et à prendre le n° 3 demain matin après la visite; 4 lavements émollients dans les 24 heures.

Le 2 décembre. A la visite du matin, on trouve Comte dans le même état grave; il a eu quelques sueurs hier soir à la tombée de la nuit; les selles sont toujours de même nature; douleurs abdominales très-dures. — A prendre de suite 75 centigr. sulf. quin. A 10 heures du matin, prendre de nouveau 8 gr. d'ipéca à la brésillienne n° 1.

3 décembre. Même état général, le mouvement fébrile ne s'est pas reproduit. — Tilleul; ipéca n° 2; 4 lavements émollients.

4 décembre. Il semble que l'état général est un peu amendé, mais les selles contiennent toujours du sang et du pus. Ipéca n° 3; 2 lavements avec 15 gr. de sulfate de soude dans la journée.

5 décembre. L'amélioration ne se maintient pas, pouls fébrile; peau chaude; langue pointue, tendant à se sécher; douleurs abdominales. Même état des selles. — Bouillon et deux œufs mollets sans pain; 8 pilules à prendre dans la journée composées de calomel et ipéca ãã, 1 gr. extrait d'opium, 0,05; grand catapl. abdominal.

6 décembre. Dans la journée d'hier, quelques vomituritions, 3 selles pendant la nuit, amélioration légère, les selles contiennent moins de sang, les coliques sont moins vives. — Réitérer les pilules; catapl.

7 décembre. Pouls fébrile ce matin; quelques sueurs à diverses reprises; dans la nuit quelques vomissements; les selles sont heureusement modifiées, elles ne contiennent à peu près plus de sang et sont bilieuses. — Tilleul; 0,75 s. quin. de suite; 30 gr. s. soude; à partir de 10 heures, cataplasme.

8 décembre. L'état général semble s'améliorer, les selles sont séreuses, pas de sang, moins de coliques, hier soir il y a eu encore un mouvement fébrile passager. — 0,75 s. quin.; 25 gr. sulf. sod. à 10 heures; lavement avec 20 gr. sulf. sod. de suite.

9 décembre. Les selles ne contiennent pas de sang, elles sont séreuses, peu abondantes, mais l'état général s'est tout à coup terriblement aggravé; peau brûlante; sueurs froides sur le front; langue pointue, rouge,

sèche; douleur très-vive dans la fosse iliaque droite; abdomen tendu sans ballonnement, plutôt rétracté au contraire. — Potion laudanisée; grand cataplasme laudanisé.

L'état va en s'aggravant d'heure en heure, les phénomènes de péritonite s'accentuent, le pouls devient filiforme. — Potion avec 20 cent. d'extrait d'opium à 3 heures. Mort à minuit.

Autopsie faite 7 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Sujet de taille moyenne, musculature ordinaire encore bien conservée, raideur cadavérique, quelques suggilations hypostatiques autour du cou, abdomen tendu sans être météorisé.

La tête n'a pas été ouverte.

Thorax. — Poumons sains; péricarde contenant une cinquantaine de grammes de sérosité citrine; cœur normal, un peu de sang noir dans l'oreillette droite.

Abdomen. — En incisant les parois on trouve environ un demi-litre de sérosité purulente, jaunâtre,comme du lait un peu chargé; péritonite interne; le grand épiploon est injecté; l'intestin grêle présente des arborisations et les circonvolutions sont agglutinées par du pus concret.

Le tube digestif étant extrait du cadavre et développé sur une table, on l'incise depuis le rectum jusqu'à l'estomac. Le rectum est lardacé par le fait de son épaississement, la muqueuse est rouge, vineuse, tomenteuse et déchiquetée de telle sorte qu'elle présente de véritables franges, çà et là, le désordre est très-grand jusqu'au-dessus de l'S iliaque; là le côlon ascendant, le transverse, le descendant sont moins désorganisés, mais encore notablement malades, épaississement, boursouflement de la muqueuse dont l'épithélium a disparu et qui est violacée par places, rugueuse et tomenteuse comme une surface veloutée.

Le côlon est dans un état analogue, la valvule iléo-cœcale est altérée, et l'appendice iléo-cœcal qui paraît très-phlogosé contient du pus crémeux.

L'intestin grêle est lui aussi notablement malade; à l'intérieur on voit qu'il est phlogosé et épaissi jusqu'à la moitié de sa longueur en commençant par le bas, il y a des suggilations brunes qui font croire qu'il y a des points de la muqueuse qui sont sur le point de se mortifier; en ouvrant cet intestin on voit que la plus grande partie du tissu est enflammée, muqueuse épaissie, rouge vineux, tomenteuse, dépolie.

Le duodénum et l'estomac ne présentent rien d'anormal.

Le foie pèse 1580 gr., couleur ordinaire, un peu claire. A la coupe on voit que le tissu est sec, il n'y a du sang que dans les grosses ramuscules portes. Vésicule biliaire peu développée, contenant quinze à vingt grammes de bile jaune.

Le pancréas paraît sain, peut-être un peu hypérémié.

La rate petite, ratatinée, solide et même dure pesant 110 gr.

Les reins ne semblent pas malades à l'extérieur. A la coupe, on constate qu'ils sont légèrement hypérémiés. Vessie retractée derrière le pubis, ne contenant pas d'urine.

Les phénomènes de cette péritonite ne sont pas difficiles à spécifier :

A un moment donné, on voit dans le cours de la maladie qui n'avait présenté que les phénomènes ordinaires, la scène changer; la douleur qui était plus ou moins sourde et très-supportable en somme, prend une importance plus grande; d'abord, localisée en un seul point si l'accident reste dans des proportions modérées, elle s'étend à tout l'abdomen et devient plus forte à mesure qu'elle se généralise. L'abdomen se tend, est comme ballonné, mais présente une dureté plus grande que dans le cas de simple tympanite. Avec cela surviennent les symptômes ordinaires de la péritonite, facies grippé, hoquet, vomissements, refroidissement des extrémités, bref, une série de phénomènes que le lecteur connaît déjà. Cette péritonite qui est un phénomène toujours grave est plus ou moins étendue et a sa gravité en raison directe de cette étendue. Limitée à certains points de faible surface, elle n'est pas incompatible avec la vie, et c'est ainsi qu'on a pu voir des phlegmons péritonéaux circonscrits évoluer jusqu'à la suppuration et être très-bien suivis de guérison. Mais il faut convenir que c'est là l'exception ; trop souvent, en effet, l'inflammation de la séreuse se généralise et les accidents vont en augmentant jusqu'à la mort du sujet.

Certains points semblent être de préférence exposés à l'inflammation péritonéale, et c'est ainsi, par exemple, que tant dans les péritonites localisées que dans les autres, on trouve que le cœcum, l'S iliaque, la partie supérieure du rectum ont été l'origine de l'accident. Quand on fait l'autopsie d'un individu qui a succombé à la péritonite, on trouve des lésions variables suivant les cas; en effet, chez les uns la surface intestinale séreuse est atteinte d'une violente inflammation de voisinage; chez d'autres, la cavite péritonéale contient des matières fécales et des liquides putrides émanés d'une perforation du tube digestif. Quant à cette perforation, elle présente aussi des différences très-notables, car chez les uns c'est une ulcération qui a traversé la paroi en laissant les parties voisines dans un état d'intégrité relative assez grande ; chez d'autres, au contraire, l'inflammation a rendu l'intestin inextensible ; fragile et sous l'influence d'un mouvement, d'une pression ou du passage des matières contenues dans le tube, elle a provoqué une déchirure plus ou moins vaste, plus d'une fois des déchirures multiples.

Cholérine.

De prime abord, il semble assez anormal de rapprocher la cholérine de la dysentérie, mais quand on a pratiqué un certain

temps à la Martinique, on est bien forcé de reconnaître qu'il n'en est pas ainsi; en effet, nombre de fois la dysentérie débute par une attaque de cholérine. Très-souvent, une poussée cholériforme survient dans le cours d'une diarrhée ou d'une dysentérie; enfin, il n'est pas rare qu'une atteinte cholérique soit l'événement ultime d'un flux de ventre aigu ou chronique dans le pays qui nous occupe comme, d'ailleurs, dans la plupart des contrées tropicales. On me permettra de ne pas entrer dans des détails plus précis de description, car je donnerais sans utilité une trop grande longueur à mon étude actuelle et, au besoin, je renvoie le lecteur à ce que je dirai plus loin de la cholérine et du choléra observés à la Martinique.

Fièvre paludéenne.

Dans les pays où le paludisme est fréquent, on voit souvent la dysentérie se compliquer de fièvre paludéenne et c'est au point que toutes les combinaisons peuvent être observées; c'est ainsi, par exemple, que tantôt on peut dire que la fièvre est compliquée de dysentérie, tantôt que la dysentérie est compliquée de fièvre; bien plus, tous les cas sont possibles, fièvre et dysentérie bénignes, fièvre bénigne et dysentérie moyenne ou grave, etc., etc.; bref, on peut faire par la pensée le tableau très-étendu de toutes les combinaisons des deux termes et on aura la chance de se trouver en présence de l'une d'elles dans le cours de la pratique.

Dutrouleau disait en 1852 (2e trimestre) que l'invasion d'accès paludéens modérés dans le cours d'une dysentérie bénigne avait souvent pour résultat une marche rapidement favorable de la phlegmasie intestinale; la chose est réelle tant à la Martinique qu'au Sénégal, et même, ajouterai-je, à Saint-Mandrier; j'ai constaté cette influence heureuse d'un ou de plusieurs accès de fièvre modérés tant sur la dysentérie aiguë que sur la diarrhée chronique.

Ce que nous venons de dire là implique nécessairement que, dans notre pensée, nous ne faisons aucune difficulté pour accepter la concomitance de la dysentérie et de la fièvre paludéenne, concomitance établie si solidement qu'il serait insensé de la mettre en doute; mais cependant nous devons dire qu'elle est infiniment plus rare à la Martinique qu'au Sénégal. Par exemple, les cas de ce genre peuvent bien se présenter dans certains bourgs ou bien chez des individus impaludés antérieurement, mais ce n'est pas la chose ordinaire à Fort-de-France, c'est l'extrême rareté à Saint-Pierre. On peut l'observer chez les vieux colons, les fonctionnaires créolisés, les religieux, les gendarmes qui habitent certaines localités de l'île. On ne les voit presque jamais chez les jeunes militaires ou les ma-

rins du commerce, à moins, je le répète, d'impaludation préexistante.

Il faut se méfier des prétendus accès de fièvre intermittents ou rémittents qu'on observe dans le cours de la dysentérie ; trop souvent on les met sur le compte d'une impaludation concomitante, alors qu'ils ne sont que l'indice d'un travail de suppuration et particulièrement d'une suppuration hépatique. Aussi, je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens là-dessus, d'autant qu'ils verront souvent à la Martinique les gens du vulgaire et aussi les médecins croire à l'intervention de l'impaludation à chaque instant et à toute occasion. Or, ne nous y trompons pas, l'emploi intempestif de la quinine ne peut avoir qu'une fâcheuse influence dans de nombreux cas, de sorte que, si, après un examen attentionné, on ne découvre pas l'existence d'une impaludation bien évidente, il est du devoir de celui qui a la prétention de faire une thérapeutique logique de s'élever contre cette absurde coutume martiniquaise qui tend à bourrer inutilement et à contre-sens tous les malades de préparations à base de quinquina.

Si, dans quelques circonstances, les accès de fièvre restant dans de faibles limites n'ont pas d'influence fâcheuse, au contraire, dans quelques autres, le paludisme se traduit par des accidents de perniciosité plus ou moins dangereux et il ne faut pas oublier que, dans certaines localités éminemment paludéennes, l'accès pernicieux survenant intempestivement au cours d'une dysentérie est une des causes les plus fréquentes en même temps que des plus fécondes de la mort.

OBSERVATION VI.

Dysentérie compliquée d'accès pernicieux (Saint-Pierre, 2e trim. 1866).

Bourdin (François), âgé de 26 ans, né à Château-Renaud, département de la Charente, artilleur de marine ; dans la colonie depuis 4 ans.

Entré à l'hôpital le 14 mai 1866. C'est la première fois que cet homme dit être malade depuis son arrivée dans la colonie.

L'affection date de huit jours et a débuté par une diarrhée séro-bilieuse d'abord peu abondante, s'accompagnant de perte d'appétit et de lassitudes générales. Ce même état, sans revêtir des symptômes bien alarmants, dura jusqu'à hier, lorsque tout à coup et sans cause appréciable, se déclara un frisson peu intense, mais bientôt suivi d'un état algide, peu prononcé à la vérité, mais s'accompagnant de douleurs lombaires vives et d'ictère subit envahissant tout à la fois toute la surface du corps. C'est dans ce moment que le malade est transporté à l'hôpital. A l'heure de notre visite (trois heures du soir), nous constatons encore la prédominance de l'algidité. Ainsi, le pouls à 98 est petit et déprimé, la faiblesse grande, la voix cassée, les yeux encadrés, le facies livide, toute la surface du corps est froide et

couverte de sueurs abondantes et froides. La respiration est courte et accélérée. La langue est couverte d'un épais enduit jaune, limoneux ; sa température est celle du corps ; il n'y a pas de vomissements, mais la pression développe à l'épigastre une vive sensibilité. Le ventre paraît souple ; il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'établissement des sueurs ; depuis le même moment, les urines ont cessé de couler.

Sous l'influence d'une médication existante, cet état algide cède peu à peu, un état fébrile léger s'allume, mais l'ictère persiste, se prononce, et le lendemain 15, à la visite du matin, malgré la réapparition du flux intestinal qui maintenant se teint de sang, nous n'hésitons pas à administrer le sulfate de quinine à la dose de 0,60, en même temps que nous prescrivons l'application à l'épigastre d'un vésicatoire, pour combattre les douleurs que la pression la plus légère ne cesse d'éveiller dans cette région.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, le malade est repris du frisson initial, auquel succède un état algide, en tout semblable à celui de la veille, et pendant lequel cesse de se montrer le flux intestinal, sans que les urines soient supprimées.

Seulement, nous remarquons que ces dernières revêtent une couleur briquetée, que la chaleur, l'acide nitrique en précipitent un abondant dépôt albumineux et que le chloroforme y décèle une notable quantité de bile. Une nouvelle dose de sulfate de quinine (1 gr.) est prescrite et administrée pendant ce nouvel accès qui cède vers cinq heures du soir, et à partir de ce moment, la fièvre, l'état algide cessent de se montrer. Néanmoins, l'ictère persiste, la présence de la bile dans l'urine est manifeste sans que les réactifs y puissent faire reconnaître de nouveau un épanchechement albumineux. La dysentérie qui, avec chaque accès, avait semblé se taire, réapparaît et nécessite l'emploi des évacuants, ipéca à la brésilienne, puis calomel, administrés concurremment avec le sulfate de quinine. Puis, peu à peu, tout rentre dans l'ordre et, le 7 juin, Bourdin peut être dirigé sur la convalescence du Prêcheur.

Hépatite.

L'hépatite est une complication extrêmement fréquente de la dysentérie des pays chauds ; je suis même, pour ma part, porté à voir une telle connexité entre l'inflammation de l'intestin et celle du foie, que je les considère comme les deux termes d'une même affection. Nous ne nous étendrons cependant pas bien longuement sur cette complication de la dysentérie en ce moment, car, devant parler ultérieurement de l'hépatite, il vaut mieux réserver la question pour ce chapitre.

Disons cependant que le début de la complication hépatique est généralement très-obscur dans la dysentérie ; le nombre de fois où il est méconnu est innombrable, et on peut dire avec raison que cette complication hépatique a la fréquence que veulent les médecins. Qu'on me permette une petite anecdote à ce sujet ; elle mon-

trera bien comment les choses se passent le plus souvent. A une certaine époque, et dans un pays que je ne désignerai intentionnellement pas d'une manière plus précise, un chef de service vint remplacer un de ses camarades. Le prédécesseur, en remettant la charge à son successeur, lui dit : « Vous n'aurez pas des malades bien intéressants ici ; fièvre paludéenne, anémie, voilà tout ; la diarrhée et la dysentérie sont rares et bénignes, quant à l'hépatite, elle fait absolument défaut, car je n'en ai pas observé un cas en dix-huit mois. »

Les jeunes aides du service étaient si bien convaincus de l'exactitude de cette opinion, qu'ils pensaient que, par une modification incompréhensible autant qu'heureuse, le pays s'était assaini sous le rapport des affections du foie. Or, le successeur qui avait l'habitude de servir avec zèle, exige que les observations soient faites, prend soin de porter des diagnostics étudiés et discutés ; enfin, pratique lui-même les autopsies et trouve quatre abcès du foie démontrés sur la table d'amphithéâtre, sur les vingt-cinq malades qu'il avait trouvés à l'hôpital à son arrivée.

Il ne faut pas oublier dans ce point capital que l'hépatite est une affection assez obscure dans les premiers temps au moins de son exaspération dans la dysentérie, pour qu'elle ait passé souvent inaperçue, et j'ajouterai, pour fixer les idées de mes camarades, que, malgré mon attention extrême et soutenue à la rechercher, malgré mon opinion formelle que l'hépatite préexiste dans la plupart des atteintes de dysentérie, et par conséquent, quoique très-disposé à la voir chez les malades, il m'est arrivé mille fois, dans le cours de ma pratique coloniale, d'être abusé par son insidiosité, et de ne la reconnaître que longtemps après le moment où elle avait commencé ses ravages. Donc, dès qu'un sujet est couché pour la dysentérie dans les pays chauds, examinez le foie ; la percussion révélera une augmentation de volume, parfois une douleur localisée, ou une gêne révélatrices des pressions ménagées dans telle ou telle direction, fixeront votre diagnostic. La fièvre, la seule chaleur de la peau à certains moments, une teinte un peu plus plombée des conjonctives, les moindres indices vous porteront à croire à cette hypérémie hépatique qui est le début ou la compagne de la complication qui nous occupe ; et, pour bien faire ressortir mon opinion, on va me permettre de l'exagérer : même dans le cas où, malgré mes investigations attentionnées, j'obtiens un résultat négatif, je suis convaincu que la complication hépatique légère existe. Je fais la concession à mes contradicteurs qu'elle est légère, mais je persiste à dire qu'elle ne fait pas défaut.

L'hépatite complique la dysentérie plus ou moins souvent, suivan les moments ; c'est ainsi, par exemple, qu'en janvier 1836, Câtel constatait cette complication 23 fois sur 30 entrants, tandis qu'à d'autres moments elle était infiniment plus rare. Pour ma part, j'ai observé la même chose ; ainsi, en octobre 1875 et en janvier 1876, j'ai vu dans mon service de l'hôpital de Fort-de-France quatre dysentéries se compliquer d'abcès du foie, tandis qu'il se passa nombre de mois ensuite sans que cette complication se montrât de nouveau. A la fin de l'hivernage 1877, la même coïncidence se manifesta d'une manière vraiment remarquable pour disparaître ensuite.

Il faut d'autant plus facilement accepter cette influence générale touchant la complication hépatique que, suivant les moments, on voit cette hépatite être bénigne ou sévère, fréquente ou rare sur un grand nombre de sujets à la fois.

Observation VII.

Dysentérie. — Complication hépatique. — Mort. — Autopsie.

Maugée (Pierre), âgé de 47 ans, né à Fontrail, Haute-Marne, matelot du navire de commerce *Deux-Frères*, couché au n° 22 de notre salle des fiévreux, est entré à l'hôpital de Saint-Pierre le 22 août 1866, atteint d'une dysentérie inflammatoire des plus intenses. Les antécédents de cet homme sont les suivants : trente ans d'une navigation pénible dans les parties les plus malsaines du globe, dans le cours de laquelle il a été plusieurs fois gravement atteint de dysentérie ; a gardé très-longtemps des fièvres intermittentes ; a été heureusement guéri d'un abcès de la face convexe du foie ouvert à temps à l'extérieur (cette dernière maladie remonte à 1848) ; enfin a achevé de détériorer sa constitution, qui paraît avoir été athlétique, par un grand abus de liqueurs fortes.

A son entrée à l'hôpital, le malade offre les symptômes suivants : appareil fébrile très-développé ; facies anxieux, portant un cachet de souffrance qui y paraît imprimé depuis longtemps ; pâleur mate, comme terreuse, teinte sub-ictérique des conjonctives ; reflet légèrement jaunâtre de la surface du corps ; les selles sont très-abondantes, à fond bilieux et contiennent une forte proportion de matières proprement dysentériques ; coliques violentes, douleur fixe à l'épigastre s'exaspérant à la pression. Langue pointue, recouverte d'un enduit blanchâtre comme nacré. Le malade vomit tout ce qu'il prend ; la région du foie est explorée avec soin ; outre que Maugée n'accuse point de douleur de côté et que les manœuvres exploratoires n'en déterminent aucune, on ne note qu'une légère hypertrophie de l'organe, sans voussure, sans changement de résonnance, sans rien enfin qui puisse mettre sur la voie de l'affection qui devait se révéler plus tard.

Du 22 au 28, la dysentérie, attaquée par tous les moyens les plus énergiques de la matière médicale, s'amende sensiblement ; l'appareil inflam-

matoire tombe ; l'irritation gastrique s'apaise, mais les selles ont beau être de bonne nature, la convalescence ne s'établit pas d'une manière franche ; une petite fièvre persiste et ne laisse au malade que de rares moments de repos ; le facies reste anxieux et paraît révéler une souffrance intense dont la localisation échappe au malade lui-même.

Le 29, à la visite du matin, le malade est trouvé froid, et nous n'avons pas de peine à constater un accès algide heureusement conjuré par les préparations de quinine et les moyens excitants et toniques en usage dans de pareils cas. Une particularité du reste assez fréquemment observée dans les accidents de ce genre, fut la suppression complète des selles qui ne reviennent qu'après la disparition complète des phénomènes fébriles. Un accès en tout pareil se produit le 8 septembre, mais, le 9, le malade nous accuse une douleur gravative dans la région du foie, qui n'avait pas été exploré depuis l'entrée. Une tumeur très-molle, fluctuante, soulevant les tissus dans une étendue de 5 centimètres en tous sens, force à diagnostiquer un abcès de la face connexe du foie, situé près de son bord inférieur et vraisemblablement dans l'ancien foyer. Un morceau de potasse caustique est appliqué sur le point le plus déclaré, et le lendemain, un trocart enfoncé au centre de l'escarre donne issue à 800 grammes d'un pus séreux, opaque, couleur chocolat, d'une fétidité extrême ; l'état général est des plus mauvais ; le malade décline rapidement et meurt le 20 septembre à trois heures du matin.

A l'autopsie, faite le 20 septembre 1866 à neuf heures du matin, cinq heures après la mort, nous trouvons tout le lobe droit du foie transformé en un vaste foyer purulent, le pus d'une extrême fétidité est jaune et très-lié dans les parties les plus profondes, brunâtre et séreux à la périphérie. Toute la face connexe du foie est très-amincie ; la poche n'offre d'autre ouverture que celle qui lui a été pratiquée artificiellement à l'extérieur ; le lobe gauche est sain, il n'y a pas de trace de péritonite.

Le poumon droit est en entier hépatisé au troisième degré ; la plèvre du même côté est fortement enflammée ; le diaphragme refoulé très-en haut présente une tumeur fluctuante formée par du pus qui allait se faire jour dans le thorax.

La partie du diaphragme qui forme la tumeur est considérablement amincíée. (Rapp. du 3e trim. 1866.)

Observation VIII.

Dysentérie. — Complication hépatique. — Abcès du foie s'ouvrant dans l'intestin. — Guerison.

Forfaix (Adolphe), âgé de 25 ans, soldat à la cinquième compagnie d'infanterie de marine, d'une constitution déjà usée par un séjour de trois ans dans la colonie, entre à l'hôpital le 25 juin, se disant malade depuis 10 jours et accusant des selles muco-sanguinolentes au nombre de 15 à 20 par 24 heures. Au moment de son entrée, sa langue est chargée d'un épais enduit muqueux dans toute son étendue, la bouche est pâteuse, amère, la

soif peu intense, l'abdomen indolore, les urines libres, rien d'anormal ne s'observe du côté des organes thoraciques et abdominaux.

La dysentérie existant seule à la période que nous avons appelée seconde en commençant, nous dûmes lui appliquer la méthode qui nous réussissait le mieux, et le calomel administré à la dose d'un gramme par 24 heures fut continué jusqu'au 30 inclus sans amener un résultat satisfaisant.

Le premier juillet, le même état persistant sans amendement aucun, nous eûmes recours à l'administration de l'azotate d'argent à la dose de 0,20 c. en lavements deux fois par jour. L'influence de cette médication fut immédiate, et dès le 2, les selles avaient entièrement changé de nature et se présentaient sous forme de matières solides, moulées, auxquelles se joignaient encore une certaine quantité de mucosités. Mais, si d'un côté la dysentérie avait disparu, de l'autre le malade accusait pour la première fois une vive douleur dans l'hypochondre droit, s'irradiant à chaque mouvement d'inspiration jusqu'à l'épaule du même côté. En même temps, nous pûmes constater une voussure considérable des fausses côtes droites et de la matité s'étendant en haut jusqu'au niveau du mamelon, au bas jusqu'à trois travers de doigts au-dessous du retard des fausses côtes. En outre, le malade accusait de la céphalalgie, la face était animée, la peau chaude, le pouls plein, large, accéléré. La langue toujours couverte d'un épais enduit muqueux, plus sèche qu'à l'ordinaire, la soif vive. Cette série de symptômes inflammatoires et de congestion subite vers la face fut combattue par l'application immédiate des anti-phlogistiques (saignées générales locales, ventouses et sangsues sur le côté droit) et par l'administration du calomel à dose altérante.

Jusqu'au 9, les mêmes symptômes persistèrent, le malade alla en s'affaiblissant et la fièvre continue jusqu'à ce moment cessa pour prendre un caractère intermittent, s'accompagnant de sueurs extrêmement abondantes. Dans la nuit du 10 au 11, le malade fut pris subitement de coliques intenses qui amenèrent des évacuations nombreuses, et qui lui firent croire à une rechute de dysentérie. Les selles examinées à la visite du matin, nous pûmes constater qu'elles étaient entièrement composées d'un pus bien lié d'une légère couleur lie de vin. En même temps la voussure de l'hypochondre droit avait diminué sensiblement, sans pourtant que le foie fût revenu dans ses limites. Il devenait évident qu'un abcès du foie dont rien n'avait pu enrayer la marche s'était ouvert dans l'intestin et ce phénomène s'accomplissant sans donner lieu à une péritonite, nous dûmes dès lors bien augurer de la terminaison de la maladie, ce qui se confirma d'ailleurs, car depuis le 11 juillet, jusqu'au 3 septembre, époque à laquelle Forfaix a pu être évacué dans un hôpital de convalescents, son état a été constamment en s'améliorant, ce que nous pouvons attribuer au seul bénéfice de la nature aidée par le traitement analeptique, l'usage du quinquina et des ferrugineux qui lui furent prescrits. (Rapp. du 3e trim. 1865.)

Douleurs. — Paralysies.

Dans la dysentérie aiguë intense, on observe quelquefois des douleurs articulaires plus ou moins aiguës qu'on ne saurait différencier d'une manière bien tranchée d'avec le rhumatisme assez aigu.

Dans les flux chroniques qui durent depuis un certain temps et qui ont une certaine intensité, les douleurs rhumatoïdes sont assez fréquentes et présentent une acuité variable.

On a signalé dans les cas de dysentérie chronique des douleurs sciatiques d'un ou des deux membres avec diminution de l'activité musculaire, amaigrissements partiels et même paralysie plus ou mois complète. La paralysie des membres supérieurs, quoique plus rare, ne fait pas défaut de son côté. Ces paralysies durent plus ou moins longtemps, persistent parfois pendant toute la vie, mais néanmoins on observe ordinairement une amélioration et même la guérison avec le temps quand le sujet s'est soustrait entièrement à la cause morbide.

Les phlegmons intestinaux ou les péritonites localisées qu'on observe dans la dysentérie ont formé parfois des collections purulentes qui sont allées s'ouvrir soit directement vers la paroi abdominale, soit vers la vessie, le rein, le vagin, l'uterus, la marge de l'anus, etc., etc.. constituant, quand la vie n'a pas été atteinte dans son essence, des fistules plus ou moins persistantes.

A la suite de la dysentérie chronique, on a noté des rétrécissements plus ou moins accusés du gros intestin.

On a observé plusieurs fois des névralgies intestinales consécutives à la dysentérie, et maintenant les sujets pendant de longues années dans un état de souffrance variable mais souvent très-pénible, car elles semblent mener le sujet vers l'inquiétude hypochondriaque.

J'ai vu quelquefois un prolapsus du rectum survenir dans les cas de flux de ventre chronique, complication gênante, douloureuse même, mais n'ayant en général qu'une importance assez secondaire, si j'en crois au moins mes observations, car j'ai vu cette procidence disparaître d'elle-même quand l'affection guérit. Quant au traitement palliatif du moment, il ne consiste qu'en quelques soins sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister quand j'ai parlé de la réduction à l'aide des doigts bien graissés et de quelques lavements froids ou astringents.

Les atteintes de dysentérie prolongée ont paru quelquefois provoquer ou au moins favoriser les hémorrhoïdes. Nous n'avons qu'à

signaler aussi cette complication. Ces hémorrhoïdes s'améliorent rapidement après la guérison en général; de sorte qu'elles sont assez secondaires dans l'étude que nous faisons ici.

Tuberculisation pulmonaire.

Il y a longtemps qu'on a signalé la tuberculisation pulmonaire comme une des complications des flux de ventre chroniques; comme tous mes prédécesseurs, j'ai constaté l'exactitude de cette assertion. La misère physiologique du sujet doit être invoquée ici et la chose est si bien connue que nous aurions tort, je crois, de nous appesantir davantage sur son compte.

APPRÉCIATIONS TOUCHANT LES FORMES ET LES COMPLICATIONS DE LA DYSENTÉRIE.

Pour pouvoir présenter au lecteur toutes les particularités que peut présenter la symptomatologie de la dysentérie de la Martinique, il nous a fallu parler séparément des divers phénomènes que l'on vient de voir; c'est ainsi que nous avons étudié: la gangrène, l'hémorrhagie, l'état typhoïde, l'hépatite que l'on voit survenir dans telle ou telle circonstance; mais je crois qu'on se ferait une idée entièrement fausse de la situation si on admettait dans son esprit qu'il y a entre les diverses formes et les diverses complications dont nous avons parlé des différences, et surtout des lignes de démarcation parfaitement tranchées et facilement appréciables par tous ou dans tous les cas. En effet, la dysentérie grave peut s'accompagner ou non de gangrène de l'intestin et même il arrive souvent que ces phénomènes de gangrène se montrent soit dès le début, soit au contraire plus ou moins longtemps après l'apparition des symptômes caractéristiques du troisième degré. D'autre part, une dysentérie qui a été gangréneuse peut devenir hémorrhagique typhoïde et *vice versa* par des transitions quelquefois si ménagées, qu'on ne sait vraiment quand elle a cessé d'être dans telle catégorie pour passer dans telle autre. Enfin, la complication hépatique est plus ou moins apparente sans cependant qu'on puisse dire qu'en réalité elle réagit plus ou moins sur la situation, car on sait que ce n'est pas dans les cas où le foie exprime plus clairement son état de souffrance qu'il est en réalité plus atteint.

Donc j'ai cru devoir prévenir le lecteur que si, pour la clarté de la description, j'ai dû faire des coupures et décrire telle forme, telle complication d'une manière bien séparée pour la rendre facilement compréhensible, il ne doit pas oublier un seul instant que tout se

tient et de fort près le plus souvent dans la dysentérie; par conséquent qu'il ne faut pas penser aveuglément que les distances sont ou très-grandes ou très-tranchées dans tous les cas.

RECHUTES.— RÉCIDIVES.

Les rechutes et les récidives de la dysentérie sont extrêmement fréquentes à la Martinique; on peut dire qu'elles sont la règle si générale que, si le sujet reste dans le pays, il est exposé très-généralement à la répétition de la maladie. La guérison solide et longtemps conservée est réellement l'exception. Tout d'abord disons qu'il pourra paraître étrange que nous ne fassions pas une distinction entre les rechutes et les récidives, mais je répondrai à cela qu'il est plus difficile qu'on ne croit de bien séparer ces deux phénomènes, et en effet, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, on les confond avec une extrême facilité, et bien des récidives survenues deux, quatre, six mois, un an après la première atteinte ne sont en réalité que des rechutes, car la maladie du foie inséparable de la dysentérie quelque peu intense a duré dans l'intervalle, c'est à une nouvelle exacerbation de cette maladie qu'est due la réapparition du flux dysentérique après une phase de repos plus ou moins longue, et par conséquent le mot de récidive serait appliqué à tort dans ces cas-là.

La conséquence de ce que nous venons de dire là est que tout individu qui a été atteint d'une manière assez sérieuse par la dysentérie doit être renvoyé en Europe; et en effet, on ne pourra plus compter sur sa coopération assurée désormais. Pour ma part je ferai remarquer que, si j'ai eu pendant ma pratique au Sénégal et à la Martinique des proportions de mortalité moindres que celles de beaucoup de mes collègues, c'est uniquement parce que, convaincu de cette opinion, j'ai été d'une facilité que beaucoup appelleraient excessive pour renvoyer en Europe tout militaire ou marin qui avait été atteint par la dysentérie.

Je ne saurais trop appeler l'attention du lecteur sur ce fait. Je sais cependant qu'il est telle circonstance où il y a une impérieuse nécessité de rester à la Colonie pour celui qui est atteint de dysentérie et je comprends parfaitement que, si le soldat et le matelot du grade inférieur peuvent être embarqués sans longue discussion pour rentrer en convalescence, tel officier, tel fonctionnaire, tel commerçant a de tels intérêts engagés qu'il ne pourra se décider aussi facilement. Dans ce cas que faire? eh bien, je dirai qu'avec des précautions infinies on peut rester dans la Colonie malgré une et plusieurs atteintes de dysentérie, que tant que la complication hépati-

que n'est pas très-accusée on peut espérer que la prolongation du séjour n'aura pas de conséquences funestes, mais si les intérêts étrangers à la santé sont de nature à forcer la décision prise, je désire que le médecin et le malade sachent bien qu'il y a danger pour la santé et même la vie dans bien des cas.

On le comprend il n'est pas possible de dire quelque chose de plus détaillé à ce sujet, car à moins de faire mille raisonnements applicables à mille situations différentes et toutes personnelles à un seul individu il suffit de terminer le débat d'un mot : le médecin et le malade doivent peser d'un côté les bénéfices qu'il y a dans la prolongation du séjour dans la Colonie pour l'avancement, la fortune, etc., etc., d'un autre côté il faut bien se pénétrer du danger des récidives et de l'exaspération de l'affection hépatique toujours sérieuse et menaçante dans la dysentérie. De la pondération de ces deux termes résultera une décision. Mais qu'on me permette de le répéter encore en finissant, persister à rester dans la Colonie est souvent marcher à des accidents, à la mort même, dans un temps, hélas, trop rapproché.

GRAVITÉ.

La gravité de la dysentérie ne saurait être contestée ; nous avons dit en commençant qu'elle est peut-être aussi fatale que la fièvre jaune elle-même aux Européens qui vont affronter le climat des Antilles, et nous n'avons fait que répéter là une assertion formulée par tous nos prédécesseurs.

Pour tâcher de nous rendre un compte aussi approché que possible de ce qu'il faut penser touchant la gravité de la dysentérie, j'ai eu l'idée de dresser le tableau suivant avec les documents qui sont venus à ma connaissance, ayant soin, comme on peut le voir, d'envisager tour à tour les proportions, en tenant compte de la fièvre jaune ou en l'éliminant :

TABLEAU des variations de fréquence et de gravité de la dysentérie à la Martinique (hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre réunis), *de* 1820 *à* 1877.

ANNÉES	Sans éliminer la fièvre jaune.			En éliminant la fièvre jaune.			Morts de dysentérie relativement aux entrées de maladies.	OBSERVATIONS.
	Entrées de dys. rel. aux entrées.	Morts de dys. rel. aux entrées.	Morts de dys. rel. à la mortalité.	Entrées de dys. rel. aux entrées.	Morts de dys. rel. aux entrées.	Morts de dys. rel. à la mortalité.		
1820	28.7	1.8	35.6	29.2	1.6	37.1	5.6	Fièvre jaune.
21	39.9	2.5	20.5	38.0	3.2	44.4	8.5	Id.
22	20.5	1.9	20.9	30.8	5.0	45.6	7.1	Id.
23	»	»	»	»	»	»	»	50 ent. et 10 m. de f. j. à Fort-de-France.
24	37.4	3.0	54.8	37.4	3.0	54.8	8.0	Pas de fièvre jaune à Fort-de-France.
25	34.1	1.2	12.6	45.4	1.7	41.4	3.7	Fièvre jaune.
26	50.0	3.7	42.1	61.5	4.8	72.6	7.7	Id.
27	66.2	3.1	44.1	74.2	3.5	88.3	5.1	Id.
28	56.8	2.2	71.4	57.6	2.3	85.5	4.7	Id.
29	37.8	2.3	69.1	38.8	2.4	75.5	6.2	16 ent. et 5 déc. de f. j. à Fort-de-France.
1830	41.4	3.8	78.0	41.4	3.8	78.0	9.4	Pas de fièvre jaune.
31	33.9	2.7	68.0	33.9	2.7	68.0	8.9	Id.
32	37.1	3.2	67.0	37.1	3.2	67.0	8.9	Id.
33	33.2	3.4	75.5	38.8	3.4	75.5	7.5	Id.
34	55.7	5.5	70.1	55.7	5.5	70.1	9.9	Id.
35	64.5	4.4	73.1	64.5	4.4	73.1	6.9	Id.
36	58.5	5.0	76.4	58.5	5.0	76.4	8 8	Id.
37	58.4	4.5	69.1	58.4	4.5	69.1	7.7	Id.
38	43.5	3.6	41.6	31.6	4.7	59.3	8.1	Id.
39	23.3	3.6	19.0	20.2	5.0	72.6	7.5	Accès de fièvre jaune.
1840	32.7	3.0	43.1	44.9	3.9	72.0	8.8	Id.
41	25.4	3.8	24.5	30.7	5.5	55.3	7.6	Id.
42	29.4	2.9	38.7	58.6	4.9	55.9	6.1	Id.
43	29.0	2.2	26.7	65.2	4.6	57.3	8.1	Id.
44	31.4	1.5	18.8	33.8	4.8	40.4	2.7	Id.
45	41.3	2 3	44.8	41.3	2.3	44.8	5.6	Pas de fièvre jaune.
46	42.6	2.8	57.1	42.6	2.8	57.1	6.7	Id.
47	48.6	2.6	46.8	48.6	2.6	46.8	8.6	Id.
48	41.0	4.1	65.0	41.0	4.1	65.0	9.8	Id.
49	36.4	4.6	55.1	36.4	4.6	55.1	12 8	Id.
1850	29.1	2.0	50.8	29.1	2.0	50.8	6.5	6 cas éventuels de fièvre jaune.
51	31.4	2.0	43.2	33.5	1.9	46.5	6.4	112 cas de fièvre jaune à la fin de l'année.
52	16.3	1.5	14.0	19.6	1.6	49.8	8.6	Fièvre jaune.
53	29.3	3.4	41.6	29.8	3.5	79.3	11.7	Id.
54	25.3	2.0	40.3	25.3	2.0	40.3	8.4	31 cas de fièvre jaune.
55	17.5	3.8	8.7	21.9	0.5	26.7	2.1	458 cas de f. j. à partir de septembre.
56	13.1	3.3	8.7	27.5	0.1	40.0	4.3	Fièvre jaune.
57	12.9	0.2	3.5	24.6	0.5	26.6	2.4	Id.
58	23.5	0.7	44.4	23.5	0 7	44.4	3.1	Pas de fièvre jaune.
59	25.5	0.9	39.8	25.5	0.9	39.8	3.6	Id.
1860	17.6	0.2	14.2	17.6	0.2	14.2	0.6	Id.
61	18.0	0.4	16.5	18.0	0.4	16.5	1.6	Id.
62	18.9	0.9	45.2	18.9	0.9	45.2	4.8	Id.
63	18.8	0.6	32.4	18.8	0.6	32.4	4.0	Id.
64	23.4	1.4	54.3	23.4	1 4	54.3	6.1	Id.
65	15.4	0.2	12.3	15.4	0.2	12.3	1.7	Id
66	24.9	0.5	27.7	24.9	0.5	27.7	2.0	Id.
67	19.4	0.3	23.3	19.4	0.3	23.3	2.4	Id.
68	15.6	0.2	15.9	15.4	0.2	15.9	1.1	Id.
69	8.1	0.2	3.3	10.2	0 4	17.0	4.6	Fièvre jaune.
1870	22.1	0.7	26.5	22.2	0.7	26.5	3.2	Pas de fièvre jaune.
71	14.7	0.2	15.3	14.7	0.2	15.3	1.8	Id.
72	16.0	0.5	24.1	16.0	0.5	24.1	3.3	Id.
73	20 8	0.7	27.7	20.8	0.7	27.7	3.9	Id.
74	17.0	0.5	35.8	17.0	0.5	35.8	3.9	Id.
75	19.0	0.5	16 6	19.0	0.5	16.6	1.7	Id.
76	12.8	0.3	22.2	12.8	0.3	22.2	1.8	Id.
77	21.4	0.2	12.8	21.4	0.2	12.8	1.2	Id.

Or, ce tableau m'a fourni quelques renseignements qui m'ont paru intéressants et sur le compte desquels je vais m'arrêter un instant.

Tout d'abord, nous devons songer à cette affirmation avancée par beaucoup de nos prédécesseurs, que la dysentérie présente des oscillations de gravité et de fréquence, comparables jusqu'à un certain point aux oscillations de la fièvre jaune. On sait que Câtel et Dutrouleau, entre autres, ont formulé cet opinion avec une conviction que rien n'aurait pu ébranler dans leur esprit. Eh bien! si le chiffre de 5,7 p. 100 de mortalité est obtenu par l'addition de toutes les années de 1820 à 1877, il faut reconnaître que l'on a vu d'une année à l'autre, la gravité osciller entre 0,6 p. 100 (1860) et 12,8 (1849); écart considérable comme on le constate, de sorte que nous ne saurions nier à notre tour cette variation incontestable dans la léthalité de la maladie.

Quant à ce qui est de la fréquence, nous voyons que tantôt la dysentérie est entrée pour le 74,2 p. 100 du chiffre des admissions (1827); tantôt, au contraire, elle a été seulement du 12,8 p. 100 (1876). Je ne tiens pas compte du chiffre de l'année 1869 qui est anormal, car à ce moment, on évacua l'hôpital en partie, ce qui a dû fausser les résultats.

Donc nous admettrons comme prouvé que la dysentérie est tantôt plus fréquente, tantôt plus rare, tantôt plus sévère, tantôt plus bénigne à la Martinique; et il nous vient aussitôt à la pensée de rechercher : 1° quels sont les moments où elle est plus sévère; 2° quels sont ceux où elle est plus fréquente; 3° enfin si la sévérité et la fréquence sont en rapport constant.

Quels sont les moments où la dysentérie est le plus sévère? — On a dit que c'est précisément pendant les épidémies de fièvre jaune, que la dysentérie fait une sorte de trêve et emporte le moins des individus qu'elle atteint; il était facile de vérifier cette assertion avec le tableau précédent or, si d'une part, on recueille les chiffres des périodes d'épidémie de typhus amaril, on a les résultats suivants :

De 1820	à 1823	3 ans	7,10	p. 100 de mortalité par la dysentérie.
1825	1828	4 ans	5,30	»
1839	1844	6 ans	6,80	»
1851	1853	3 ans	8,90	»
1855	1857	3 ans	2,93	»
1869		1 an	4,60	»
		Moyenne. . .	5,63	

D'autre part, en additionnant les années où le typhus amaril n'a pas régné, nous avons : 1° pour la période où les transports réguliers et à vapeur n'évacuaient pas périodiquement les malades et les convalescents :

1824 — 1 an	8,00 p. 100
1829 à 1838 = 10 ans	8,23 p. 100
1845 à 1850 = 6 ans	7,60 p. 100
Moyenne. . .	8,02

2° Pour la période où les évacuations périodiques se sont faites régulièrement :

1858 à 1868 = 11 ans	2,82
1870 à 1877 = 8 ans	2,60
Moyenne. . .	2,73

Il est évident que les chiffres de la seconde période doivent être mis de côté, car, comme nous le ferons ressortir ultérieurement, les conditions ont été profondément modifiées par l'habitude d'évacuer périodiquement les convalescents de la Martinique sur la métropole et alors nous avons les chiffres 5,63 contre 8,02; c'est-à-dire qu'on peut considérer comme prouvé, que la dysentérie est plus grave dans l'intervalle des épidémies de fièvre jaune.

Quels sont les moments où la dysentérie est plus fréquente? — De même que la dysentérie est plus sévère dans les années où la fièvre jaune ne règne pas, nous pouvons penser qu'elle est plus fréquente ou plus rare dans tel ou tel moment.

On a dit qu'elle s'observe moins lorsque la fièvre jaune règne, que dans les périodes d'intermission du typhus amaril, et la chose est absolument exacte, car lorsqu'une maladie épidémique règne, elle absorbe, on le sait, la plupart des maladies. Mais si nous faisons abstraction du nombre d'entrées de la fièvre jaune, trouverons-nous encore que la dysentérie est moins fréquente dans les années où règne le typhus amaril? J'ai compté les chiffres de mon tableau pour cela et j'ai trouvé que de 1830, à 1840, la moyenne des entrées de dysentérie fut de 46,36 p. 100 dans les années de fièvre jaune quand dans les années où le typhus amaril n'a pas régné, elle a fourni le 51,47 p. 100 des entrées totales. D'autre part, de 1850 à 1869, la proportion a été de 24,64, quand la proportion des années exemptes de fièvre jaune, de 1858 à 1868, est de 20,10, mais remarquons que les modifications introduites dans le service pendant cette période, sont de nature à apporter une grande perturbation dans les proportions, et je crois que le mieux alors est de la laisser de côté. Dans ce cas,

il reste ce fait, c'est que la dysentérie est non-seulement moins grave, mais encore moins fréquente tant d'une manière relative que d'une façon absolue, lorsque la fièvre jaune règne à la Martinique.

La sévérité et la fréquence de la dysentérie sont-elles en rapport constant? — Si nous regardons les années isolément, nous trouvons des écarts assez considérables dans la proportion de la fréquence et de la sévérité de la maladie dans un même moment, mais on sait combien on s'exposerait à des erreurs en procédant de cette manière ; ainsi vaut-il mieux, je crois, prendre des périodes de dix ou de cinq années; or dans ce cas, nous avons les résultats suivants :

		FRÉQUENCE.	MORTALITÉ.
De 1820 à	1830	45,43	6,80
31	40	44,30	8,30
41	50	42,74	6,45
51	60	24,88	5,12
61	70	18,68	3,16
71	77	17,39	2,54
1820 à	1825	36,46	6,58
26	30	54,70	6,62
31	35	46,00	8,42
36	40	42,72	8,18
41	45	45,92	6,02
46	50	39,54	8,88
51	55	26,02	7,44
56	60	23,74	2,60
61	65	18,90	3,64
66	70	18,46	2,66
71	75	17,50	2,92
76	77	17,40	1,50

C'est-à-dire que nous avons la preuve qu'il n'y a pas de relation constante entre la fréquence et la gravité dans la maladie. On voit bien, à mesure qu'on s'approche de notre époque, les chiffres baisser parallèlement ; mais cela tient, je crois, à une autre condition dont je m'occuperai dans un instant ; pour le moment présent nous devons nous arrêter à la conclusion que je viens de formuler et qui est, d'ailleurs, en parfaite confirmité d'idées avec ce que beaucoup de nos prédécesseurs ont constaté.

Pourquoi la dysentérie a-t-elle été, toutes choses égales, d'ailleurs, plus sévère de 1828 à 1854 que de 1855 à aujourd'hui? Telle est la question qui peut être posée par le lecteur, et à laquelle il nous est facile de répondre. En effet, il faut se souvenir que, jusqu'en 1853 ou 1854, le temps de séjour aux colonies pour les militaires de l'infanterie de marine était, pour ainsi dire, illimité, tandis que, pour les

navires, il était assez irrégulier, atteignant souvent 36, 40, et même 50 mois. Or, comme on ne s'acclimate pas à la dysentérie et, bien au contraire, qu'on y est d'autant plus disposé peut-être qu'on est depuis plus longtemps dans la colonie il en résultait un plus grand nombre d'atteintes. D'autre part, le rapatriement étant plus difficile par le fait de l'irrégularité des moyens de communication, il s'ensuivait que nombre de malheureux succombaient fatalement à la dysentérie dans la colonie. Depuis 1854 jusqu'à 1870 à peu près, le temps de colonie a été de trois ans pour l'infanterie, de deux ans pour les marins ; d'autre part, des transports hôpitaux ont fait régulièrement plusieurs tournées aux Antilles par an, et on a vu diminuer sensiblement le chiffre de la mortalité pour la dysentérie. Depuis 1875, les malades ont pu être rapatriés par les paquebots, et la mortalité est tombée encore, puisque nous avons les chiffres suivants :

De 1870 à 1874 inclus = 5 ans. . . . 3,22
De 1875 à 1877 inclus = 3 ans. . . . 1,57

Ces chiffres ne portant que sur un nombre restreint d'années, n'ont pas encore l'autorité qu'ils pourront avoir après une expérience plus longtemps continuée, mais cependant je suis si bien convaincu, pour ma part, que je ne crains pas d'avancer la proposition suivante : Si le temps de service colonial était réduit à 2 ans pour tous les individus militaires et marins envoyés de la métropole, on verrait, en continuant à se servir des paquebots pour le rapatriement, le chiffre de la mortalité descendre au-dessous du 1 p. 100 des atteintes.

Le tableau que nous avons fourni il y a un instant, en nous occupant du rapport entre la fréquence et la sévérité de la dysentérie, peut nous servir actuellement ; il nous montre d'une manière bien claire l'amélioration considérable qui a été obtenue depuis 1820 ; et, d'ailleurs, si nous jetons les yeux sur les chiffres ci-après, touchant la mortalité générale à la Martinique pendant la même période, notre opinion touchant une amélioration très-sensible est parfaitement corroborée.

TABLEAU de la mortalité générale dans les deux hôpitaux de la Martinique (résumé général qui est à la page 212).

		FORT-DE-FRANCE.		SAINT-PIERRE.
De 1820	à 1830	7,14	p. 100 des entrants.	»
31	40	5,88	»	5,15
41	50	4,94	»	4,97
51	60	3,66	»	6,12
61	70	3,03	»	2,91
71	77	2,07	»	2,41

Nous verrons, d'autre part, quand nous nous occuperons ultérieurement de l'hygiène publique de la colonie, que le nombre des entrées à l'hôpital a diminué sensiblement pour un même effectif; de sorte que l'amélioration ne saurait être contestée.

CONVALESCENCE.

Ce que nous avons dit précédemment touchant les rechutes et les récidives de la dysentérie, nous permet d'être très-bref au sujet de la convalescence; et, en effet, en formulant que cette convalescence est d'une fragilité extrême, qu'à chaque instant elle est compromise par un écart du malade, et même sans cause appréciable tant qu'il ne se soustrait pas à l'action du foyer endémique de la maladie, nous avons spécifié tout ce qu'on peut dire d'une manière sommaire à cet égard.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie a une grande importance dans l'étude de la dysentérie; car, suivant qu'on se rallie à telle ou telle opinion, il en découle des conséquences capitales, tant pour le traitement que pour la prophylaxie. Malheureusement cette partie de l'histoire de la maladie est peut-être la plus mal connue; les idées les plus contradictoires ayant été tour à tour formulées par les hommes que l'on considère à bon droit comme faisant autorité en pathologie exotique, de sorte que celui qui n'a pas encore d'opinion bien arrêtée par une pratique personnelle, reste hésitant sans oser se déclarer pour l'un ou l'autre des facteurs étiologiques incriminés au grand détriment des malades, le plus souvent.

Je vais essayer de formuler ma manière de voir, touchant l'étiologie et la pathogénie de cette maladie, que j'ai vue assez souvent, tant au Sénégal qu'à la Martinique, pour pouvoir arrêter mes convictions à son égard, mais je n'ai pas l'espoir de trancher le débat en dernier ressort, d'autant que je ne fais pas ici une histoire complète de la dysentérie; je n'ai pour objectif que l'étude des flux de ventre qu'on rencontre aux Antilles et en particulier dans la colonie dont je m'occupe spécialement.

La Martinique est un des pays les plus propices de la zone intertropicale pour l'élucidation du grand problème de l'étiologie de la dysentérie coloniale; en effet, non-seulement sa position géographique la place dans l'aire d'activité la plus intense, mais encore on voit réunis dans un espace relativement restreint, une population européenne nombreuse et intempérante, des foyers malariens, des cours d'eau pouvant se charger de matières organiques, un sol

volcanique en certains endroits, alluvionnaire dans d'autres; des transitions brusques de température, toutes conditions auxquelles on a attribué tour à tour une importance plus ou moins grande dans la genèse de la maladie.

Dans la situation où je me trouve actuellement, il me semble que le mieux est de procéder par exclusion; je vais donc passer en revue toutes les conditions étiologiques invoquées par les divers observateurs, voyant au fur et à mesure ce qui peut être accepté en tout ou partie, ce qui peut être négligé, touchant leur influence, et nous arriverons ainsi à limiter ces conditions d'une manière assez précise pour que l'étude de la pathogénie présente moins de difficultés et moins d'obscurités peut-être.

Le paludisme est-il la cause de la dysentérie de la Martinique? — Le paludisme a été si souvent incriminé pour la production de la dysentérie dans une infinité de pays, que c'est son influence que nous devons discuter tout d'abord. Eh bien, dès le premier mot, je prends la liberté de dire de la manière la plus formelle que ce paludisme ne saurait être mis en cause. Je ne crois pas beaucoup à une influence directe, spéciale, primordiale du paludisme dans la production de la dysentérie, dans n'importe quel pays, pensant que ce paludisme est un facteur très-secondaire, le plus souvent, dans cette maladie, même alors qu'on est dans les pays les plus féconds sous le rapport de la malaria, mais pour rester dans le cadre qui m'est imposé actuellement, c'est-à-dire en ne voulant envisager que ce qui se passe à la Martinique. je ne crains pas d'avancer de la manière la plus positive que le paludisme ne saurait être soupçonné pour la production des flux de ventre qu'on observe dans ce pays.

Câtel, Dutrouleau et bien d'autres parmi mes prédécesseurs étaient de la même opinion; ils ont cependant longtemps habité Saint-Pierre, et en particulier à des moments où la dysentérie était fréquente et grave, jamais ils n'ont cru à l'étiologie paludéenne.

Ils ne la combattaient pas avec la quinine, et cependant on ne peut dire que ces deux observateurs éminents rejetassent entièrement l'influence paludéenne dans l'étiologie de la dysentérie de certains pays. Câtel, en particulier, avait pratiqué pendant onze longues années au Sénégal, quand il arriva à Saint-Pierre, et certes on peut croire que si, après avoir parfaitement admi sce facteu étiolologique pour le Sénégal, il l'a repoussé pour la Martinique, c'est que réellement son opinion doit entraîner la nôtre.

En m'occupant de la fièvre inflammatoire qui, de son côté, a été aussi considérée comme de nature paludéenne par quelques méde-

cins, je suis entré dans de longues considérations touchant la malaria à la Martinique, on me permettra de ne pas recommencer la discussion, mais j'engage le lecteur à relire ce passage dans mon étude *in extenso* de la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles. En changeant le mot fièvre inflammatoire en dysentérie, il y verra absolument tout ce que je pourrais dire ici pour entraîner son opinion, car Saint-Pierre, qui est parfaitement exempt d'influence malarienne est cependant, on le sait, un foyer où la dysentérie, comme la fièvre inflammatoire, est aussi fréquente que grave.

Un excellent moyen de savoir si la dysentérie de la Martinique est ou non de nature paludéenne, est de rechercher si elle a varié ou non de fréquence à Fort-de-France, de 1863 à 1875, par exemple, et voici pourquoi : Nous avons eu maintes fois occasion de dire que, jusqu'en 1869, le chef-lieu de la Martinique a été un foyer intense de paludisme par le fait de l'existence d'un large fossé de ceinture creusé il y a deux siècles pour la défense de la ville; or, en 1869, on eut l'heureuse idée de combler le fossé et la fièvre intermittente a diminué de la manière la plus remarquable. Le tableau suivant rapproche les chiffres de la dysentérie de ceux de cette fièvre comme on va le voir pour deux périodes de six ans, une antérieure, l'autre postérieure à la date précitée.

TABLEAU de la fréquence relative de la fièvre paludéenne et de la dysentérie à l'hôpital de Fort-de-France, avant et après le dessèchement du canal de ceinture.

ANNÉES.	Total des entrées à l'hôpital.	Fièvre.	Dysentérie.	Proportions relatives aux entrées.		ANNÉES.	Total des entrées à l'hôpital.	Fièvre.	Dysentérie.	Proportions relatives aux entrées.	
				fièvre.	dysentérie.					fièvre.	dysentérie.
1863	2.539	729	445	28.9	17.5	1870	1.356	351	245	25.8	18.1
1864	1.863	471	274	25.2	14.7	1871	1.409	329	186	23.2	13.1
1865	2.034	571	285	28.0	14.0	1872	891	196	125	22.0	14.0
1866	1.735	614	265	[illegible]5.2	15.4	1873	1.097	146	171	13.3	15.5
1867	1.787	547	213	30.8	12.0	1874	1.298	173	158	13.3	12.2
1868	1.776	507	188	28.5	10.5	1875	1.569	226	252	14.4	16.0
Totaux et moyennes.	11.734	3.439	1.670	29.3	14.3		7.620	1.121	1.137	18.6	14.9

Ce tableau est explicite, il me semble, car on voit que les proportions de la fièvre ont varié de 29,3 au 18,6, tandis que la dysentérie est restée de 14,3 à 14,9. On m'accordera certainement que, si les

flux de ventre avaient été occasionnés par les miasmes paludéens, ils auraient diminué parallèlement à la fièvre, au lieu de rester stationnaires.

Il y a à la Martinique, encore au moment actuel, des foyers plus ou moins actifs de paludisme, et la fièvre d'accès est loin d'être inconnue dans les hôpitaux de Saint-Pierre ou de Fort-de-France. Or, il est rationnel de penser que, si la dysentérie reconnaissait pour cause l'influence qui produit la fièvre intermittente, elle devrait avoir les mêmes oscillations mensuelles de fréquence et de gravité que les maladies dites paludiques ; eh bien, cela n'arrive pas, et la preuve c'est que, si nous réunissons les chiffres fournis par les hôpitaux militaires de Fort-de-France et de Saint-Pierre pendant une période de dix ans, de 1868 à 1875, nous avons les proportions suivantes, en les ramenant à un dénominateur tel que l'indice normal de chaque mois soit de 100.

Dysentérie.

106	106	106	117	143	85	80	84	99	98	83	93

Paludisme.

106	85	78	77	128	109	110	105	101	128	89	75

Il est impossible de nier une divergence qui saute aux yeux du premier coup, en regardant ces deux lignes de chiffres, aussi je crois que la conviction du lecteur ne sera pas différente de la mienne en présence de pareils résultats : la dysentérie de la Martinique ne reconnait pas pour cause le paludisme.

Le sol volcanique d'un pays favorise-t-il la production de la dysentérie ? — Avant de passer à l'étude d'une autre partie de la question, nous devons dire un mot d'une affirmation qui se rattache jusqu'à un certain point à l'opinion dont nous venons de parler : on a dit que la dysentérie est peut-être produite ou favorisée par le sol volcanique comme le paludisme est favorisé ou produit par le sol alluvionnaire. C'est là une assertion qui ne saurait être considérée comme bien importante. Le sol de Fort-de-France est alluvionnaire et cependant la dysentérie y est assez fréquente. Les bourgs du Lamentin, de Ducos, qui sont bâtis sur des terres charriées par les rivières, voient la dysentérie sévir sur leurs habitants, comme ceux de la basse pointe de Saint-Pierre et du Macouba, bâtis sur le sol volcanique. Qu'on me permette, d'ailleurs, de prendre un moment pour exemple un autre pays que la Martinique, pour la double raison qu'il est assez voisin pour pouvoir être considéré comme très-

analogue, et, d'autre part, parce que les conditions dont nous nous occupons ici se trouvent présentées à leur plus haut développement, je veux parler de la Guadeloupe ; eh bien, la portion plate et alluvionnaire de cette colonie où se trouve la Pointe-à-Pitre ne présente absolument pas moins de dysentérie que la partie élevée et volcanique qui porte la ville de la Basse-Terre. D'ailleurs, la Barbade, qui est plate et calcaire, est un foyer de dysentérie aussi actif que la Martinique, qui est montueuse et volcanique ; par conséquent, cette opinion de l'opposition des deux maladies en relation avec l'opposition de nature du sol en deux endroits différents, est jugée, il me semble, sans que le moindre doute puisse subsister.

L'affirmation que nous venons de discuter, touchant le sol volcanique ou alluvionnaire, a été formulée d'une manière un peu différente et qui doit nous arrêter un moment ; on a dit : la dysentérie est une maladie des hauteurs, comme la fièvre paludéenne est une maladie des bas-fonds. Rufz a constaté que la dysentérie est plus fréquente et plus grave dans les localités élevées de l'île ; à Saint-Pierre, même les quartiers les plus éloignés de la mer sont plus atteints, toutes choses égales d'ailleurs, que ceux de la plage ; enfin, on se souvient qu'en 1846, la dysentérie fut si fréquente et si sévère chez les soldats de la garnison campés au lieu dit : *le camp des pitons*, où ils avaient été envoyés pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1838-1844, qu'il fallut les ramener dans leurs campements ordinaires de Fort-de-France et de Saint-Pierre. Que répondre à cela ? Pour ma part, je suis loin de nier cette opinion, que la dysentérie est plus fréquente et plus grave dans les quartiers élevés de l'île, mais ce n'est ni parce que le sol y est volcanique, ni parce qu'il y a antagonisme ou autre relation entre la fièvre paludéenne et la dysentérie ; non, c'est parce que, dans les hauteurs plus que dans les endroits bas de l'île, les transitions de température sont plus intenses, plus rapides, plus fréquentes ; il y a là une condition dont on verra l'importance, quand je m'occuperai de la pathogénie de la dysentérie, mais qui, dans le moment actuel, ne saurait infirmer rien de ce que nous avons admis, soit contre l'idée qui voulait rattacher la dysentérie au paludisme, soit contre l'idée qui prête au sol alluvionnaire ou volcanique une action active et directe sur sa genèse.

L'eau de la boisson est-elle la cause de la dysentérie à la Martinique?— L'eau de la boisson a été accusée de produire la dysentérie et, à l'heure présente encore, nombre de médecins, comme la plupart du vulgaire, croient fermement que c'est elle qu'il faut incriminer ; idée éminemment inexacte à mon avis, car si, dans nombre de pays de la zone tropicale, on peut à bon droit croire à

l'existence de ce facteur étiologique, ici, au contraire, on ne saurait réellement y penser.

On sait que la dysentérie est infiniment plus grave et plus fréquente à Saint-Pierre qu'à Fort-de-France, or quelle est l'eau que la garnison boit dans les deux localités? A Saint-Pierre, c'était de l'eau de citerne il y a quelques mois encore. A Fort-de-France, c'est l'eau du canal Gueydon, qui s'alimente à la rivière de Case-Navire et est charriée dans un aqueduc de 8 kilomètres après avoir couru dans une ravine à l'air libre pendant plus de 4 kilomètres. Bien plus, jusqu'en 1858, la ville de Fort-de-France, au lieu d'avoir cette eau potable relativement très-bonne, s'approvisionnait à la rivière Madame et la garnison y buvait une eau beaucoup plus souillée que celle d'aujourd'hui. Dans le moment présent, même les artilleurs de Fort-de-France, s'abreuvent souvent avec de l'eau de l'aqueduc de la Trenelle, or il faudrait pour que l'eau d'alimentation pût être sérieusement incriminée que 1° la garnison de Saint-Pierre eût présenté moins de dysentérie que Fort-de-France, ce qui n'est pas; 2° que la garnison de Saint-Pierre eût présenté moins de dysentérie quand elle se fournissait aux citernes, que lorsqu'elle a bu l'eau de Morestin, ce qui n'est pas non plus. Pour Fort-de-France, la dysentérie aurait dû diminuer beaucoup quand l'eau était fournie par le canal Gueydon au lieu de la rivière Madame, et les artilleurs devraient fournir un contingent de dysentériques plus élevé que celui que donnent les fantassins; deux faits qu'on n'a pas constatés, malgré une observation attentionnée.

L'idée que l'eau de la rivière Roxelane engendre la dysentérie, fit un jour construire de vastes citernes sous la caserne de Saint-Pierre; or, après dix années d'expérience, Câtel, dont la grande autorité ne saurait être mise en doute, écrivait dans un rapport remarquablement bien pensé, autant qu'élégamment écrit : *La substitution de l'eau de pluie à l'eau de la rivière, n'a pas produit la plus légère diminution tant dans le nombre des entrées que dans la gravité des atteintes, d'où il faut conclure que la maladie n'est pas en relation avec les qualités de l'eau d'alimentation à Saint-Pierre.*

Dutrouleau, dont la grande figure vient se ranger à côté de celle de Câtel, n'avait pas une opinion différente, quand il écrivait dans son rapport sur l'année 1854 : l'eau agit, non pas comme le pensent quelques personnes, par ses qualités chimiques, mais par son action physiologique. Lorsqu'elle est prise en trop grande quantité, le corps étant en sueur, elle supprime la transpiration et cause un reflux vers l'intestin. Suivant cette explication, toute espèce d'eau froide, doit produire le même effet; et c'est ce qui arrive, puisque

les militaires qui buvaient autrefois de l'eau de rivière et qui ne boivent aujourd'hui que de l'eau de pluie filtrée, en sont aussi atteints que par le passé.

Malgré une opinion si formellement exprimée par les hommes les plus autorisés, la répulsion contre l'eau de la rivière Roxelane est telle à Saint-Pierre, qu'on s'est décidé à capter la source Morestin à 8 kilomètres environ en amont dans le voisinage du Morne-Rouge. Cette eau, conduite à Saint-Pierre dans les tubes qui la mettent à l'abri des souillures organiques, est assurément plus propre que celle de la rivière prise jusque-là au-dessous du faubourg des Trois-Ponts, c'est-à-dire en aval d'un lieu où la population est assez nombreuse pour s'altérer par des déjections. A ce titre, il faut se féliciter de la substitution, mais cependant sans croire un seul instant que la dysentérie de Saint-Pierre en sera bien sérieusement influencée. A ce sujet, je dois faire une remarque : Depuis 1868, la dysentérie est en décroissance à la Martinique, elle est bénigne autant que moins fréquente et les partisans du *post hoc* ne manquent pas de faire remarquer cette coïncidence qu'ils attribuent à l'heureuse action de la nouvelle eau ; ils s'abusent, hélas ! La dysentérie est actuellement peu sévère et assez rare parce que la colonie est dans la période amarile. Dans peu de temps, quand la température sera moindre, que ses oscillations nycthémérales seront plus grandes ; que les alisés seront plus septentrionaux, en un mot que la colonie sera dans la période catarrhale, on verra cette dysentérie reprendre les caractères de gravité et de fréquence qu'on lui a observés depuis le début de l'occupation européenne. Nous n'assistons pas à une anomalie, qu'on ne s'y trompe pas ; nous sommes à un moment déterminé de ces oscillations si remarquables et si régulières qu'on enregistre depuis deux siècles, sans les avoir vues varier beaucoup et dont la régularité paraîtra bien plus grande encore, quand, par l'étude de la météorologie, nous connaîtrons mieux les allures et les particularités du climat martiniquais.

Voilà donc une série de preuves des plus concluantes, j'espère, pour montrer que l'eau de l'alimentation ne saurait être incriminée à la Martinique relativement à la dysentérie, car on peut dire même que la colonie est, sous le rapport de cette eau potable, mille fois plus favorisée que la plupart de nos autres possessions, la Sénégambie, la Cochinchine, par exemple.

Les excès alcooliques sont-ils la cause de la dysentérie à la Martinique ? — On a dit que les excès alcooliques étaient la cause de la dysentérie de la Martinique. Sans doute, on peut leur prêter une influence étiologique, mais on aurait grand tort de penser que ces

excès doivent seuls être incriminés. La preuve la plus catégorique qu'on en puisse donner, c'est qu'à chaque instant, on voit des individus parfaitement sobres, être frappés de la manière la plus sévère. Dans quelle limite et par quel mécanisme agissent ces excès dans la production de la dysentérie de la Martinique ? La chose n'est pas bien difficile à spécifier et en effet, d'une part, l'introduction d'une surabondante quantité d'alcool dans l'organisme, a pour premier effet d'augmenter le mouvement expansif de la peau en élevant la température, de sorte que les refroidissements intempestifs du corps sont plus à craindre naturellement. D'autre part, l'ivresse à ses divers degrés a pour effet de rendre l'homme moins prudent et, par conséquent, lui fait éviter avec moins de soins les refroidissements comme l'exposition au soleil ou les autres imprudences, de sorte que, toutes choses égales d'ailleurs, l'intempérant est plus exposé aux accidents, quels qu'ils soient. Enfin, il faut noter que l'alcool ayant une action élective sur le foie dont il augmente l'activité circulatoire, il arrive que ceux qui boivent avec excès, sont plus exposés que d'autres à des débâcles biliaires qui, à certains moments, ont une action topique des plus fâcheuses sur l'épithélium intestinal et provoquent par ce mécanisme une atteinte de dysentérie.

Si on veut y réfléchir un instant, on voit que c'est avec raison qu'on doit incriminer les excès de boisson dans l'étiologie de la dysentérie, mais il ne faudrait pas croire que leur influence soit plus grande et plus exclusive que beaucoup d'autres ; ces excès sont une cause secondaire, accessoire, éventuelle, il faut la placer à un rang secondaire, le rang primordial revient à d'autres conditions.

Les fruits sont-ils la cause de la dysentérie de la Martinique? — Les fruits verts, ou mangés abondamment ont été accusés de produire la dysentérie. Certainement on ne peut nier cette influence pour quelques cas isolés, mais cependant de là à croire que la dysentérie si fréquente est occasionnée seulement par cette cause, il y a une exagération incompréhensible ; à chaque instant, on voit des individus pris de dysentérie qui n'ont pas goûté à un seul des fruits de la colonie. Le moment où les fruits sont le plus abondants, ne sont pas ceux où la dysentérie est le plus fréquente, de sorte qu'après y avoir bien réfléchi, après avoir cherché à nous rendre compte de l'importance de ce facteur par l'observation, nous n'hésitons pas à dire formellement qu'on ne peut considérer l'abus des fruits ou l'usage des fruits verts, trop mûrs, gâtés, etc., etc., pour quelque chose dans la production de la dysentérie martiniquaise. C'est à peine si un cas sur mille peut-être, peut reconnaître cette cause et encore sommes-nous peut-être au-dessus de la réalité.

Après avoir, ainsi que nous venons de le faire, montré que le paludisme, la nature du sol, l'eau de l'alimentation, les excès alcooliques, l'usage des fruits, ne sauraient être considérés comme les causes importantes, capitales de la dysentérie, nous avons besoin de rappeler quelques idées qui sont sanctionnées par l'expérience et d'ailleurs acceptées par tous les praticiens de quelque valeur qui ont observé à la Martinique et même dans toutes les Antilles.

A. *On ne s'acclimate pas aux causes de la dysentérie.*

La chose est tellement patente, qu'elle ne saurait être révoquée en doute et en effet, si quelques malheureux sont frappés par la maladie d'une manière si sévère dès leur arrivée, qu'il leur faut fuir en toute hâte sous peine de succomber, on peut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, la dysentérie atteint un Européen d'autant plus facilement et plus gravement qu'il est depuis longtemps dans la colonie. Sans doute il y a quelques heureuses exceptions. On pourrait me citer, je le sais, nombre d'individus qui ont échappé à cette loi, je veux bien le croire ; j'en connais pour ma part un certain nombre, mais je persiste à penser qu'ils sont en telle minorité qu'ils ne sauraient infirmer la proposition. D'abord, je me retranche derrière l'opinion des hommes comme Câtel, Dutrouleau, Rufz, qui ont répété à l'envi : Tous les Européens, sont également aptes à contracter la dysentérie à la Martinique, quel que soit leur temps de séjour à la colonie. Par ailleurs, je dirai que les médecins qui ont soigné les soldats et les marins dans les pays antilliens, savent bien que les contingents sont d'autant plus éprouvés qu'ils sont absents de France depuis plus longtemps, et si on veut bien se reporter au tableau que j'ai fourni précédemment, on verra que la mortalité de la dysentérie, comme d'ailleurs la mortalité générale des troupes et des équipages, est allée en diminuant dans des proportions considérables à mesure que le temps de séjour colonial a été diminué et que le rapatriement a été rendu plus facile, or je ne crains pas d'affirmer que c'est surtout parce que l'aptitude à contracter la dysentérie a été moins grande pendant les premiers temps de séjour, et que c'est aussi parce que la guérison complète est l'exception, la rechute, les récidives, la loi générale, que de pareils résultats favorables ont été obtenus.

Les Européens ne sont pas les seules victimes de la dysentérie à la Martinique. Rufz nous apprend que les flux de ventre aigus ou chroniques sont la cause la plus fréquente de la mort chez les enfants, chez les vieillards, chez les valétudinaires et il dit ce mot profond dont, pour ma part, j'ai vérifié l'exacte réalité : il y a peu de

gens à la Martinique dont la vie n'ait été ou ne sera pas très-sérieusement menacée, à un moment donné, par la dysentérie. Pour ma part j'ai vu mourir tant de créoles blancs, mulatres, nègres de la dysentérie ou de la diarrhée chronique, à la Martinique, même alors qu'étant nés dans le pays ils n'avaient jamais quitté le lieu de leur naissance, que je n'hésite pas à étendre à tous ce qui a été dit pour les Européens: toute la population de la Martinique, sans dictinction d'âge, de sexe, de race, est exposée à la dysentérie avec des variations relativement restreintes du plus au moins.

B. *Il y a des localités plus fécondes que d'autres pour la production de la dysentérie à la Martinique.*

Là chose est si incontestable encore qu'il est presque inutile de la discuter. Tout le monde sait, par exemple, que Saint-Pierre est plus fécond que Fort-de-France, sous ce rapport; bien plus, tel ou tel quartier est réputé plus propice que tel autre à la production de cette maladie ou bien à son aggravation. Si nous cherchons les conditions afférentes à ces diverses localités réputées malsaines sous le rapport de la dysentérie, nous voyons que ce sont des lieux où les transitions de température sont brusques, où les variations nycthémérales sont plus accusées qu'ailleurs et la chose paraît si bien prouvée quand on a observé les lieux et étudié la question pendant un certain temps, qu'elle a dans l'esprit la valeur d'une question jugée.

C. *La dysentérie est plus ou moins fréquente et plus ou moins grave à certains moments.*

Nous nous sommes occupé de ce détail précédemment en parlant de la gravité de la maladie et nous n'avons pas à y revenir, car il est bien prouvé par le tableau que nous avons fourni que, de 1820 à nos jours, on a vu des oscillations aussi grandes qu'irrégulières. Nous avons vu dans la partie précitée de notre étude que la dysentérie a quelque chose d'assez comparable au typhus amaril sous le rapport des variations de son intensité, c'est au moins ce qui se dégage jusqu'ici de l'examen des faits sans que nous puissions encore connaître avec une précision suffisante les principaux détails de la question. Dans un assez grand nombre de cas, l'influence de la température, de l'humidité de l'air, des variations nycthémérales de température a été assez marquée, pour qu'on puisse penser qu'il y a là une relation évidente de cause à effet. Je crois fermement, pour ma part, que le jour où on possédera des observations météorologiques assez complètes et assez prolongées pour connaître les allures du

climat martiniquais dans ses plus minimes particularités, l'étiologie de la dysentérie aura fait un grand pas; car l'influence des conditions climatériques pourra être appréciée à sa juste valeur, et plusieurs faits qui nous paraissent contradictoires jusqu'ici viendront, au contraire, concorder pour indiquer au médecin comme à l'hygiéniste ce qui doit être fait pour le bien des intéressés.

D. *La dysentérie s'est montrée quelquefois d'une manière qu'on pourrait appeler presque épidémique.*

Ce que nous venons de dire touchant ces oscillations de fréquence et de gravité nous amène tout naturellement à parler des allures épidémiques qu'on a reconnues à la maladie, et tout d'abord disons que si on suit en temps ordinaire le mouvement des entrées à l'hôpital militaire jour par jour, on voit que le lundi ou le mardi sont les époques où, toutes choses égales d'ailleurs, les soldats et les marins arrivent en plus grand nombre atteints de coliques, diarrhée ou dysentérie en temps où la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune ne règnent pas; la raison de cette particularité n'est pas difficile à comprendre; les excès de boisson, de nourriture malsaine, les fatigues génésiques, les imprudences sous le rapport des refroidissements sont beaucoup plus fréquents le dimanche, jour de permission et de suspension des exercices militaires ou du travail.

D'autre part, on observe souvent chez les troupes nouvellement arrivées des bouffées de dysentérie et, si on ne peut pas toujours en trouver la raison, il est incontestable que, très-souvent au contraire, on saisit de la manière la plus claire soit les abus alcooliques, soit les refroidissements intempestifs comme condition étiologique de ces petites épidémies.

M. Rufz, qui a étudié avec tant de soin et de succès les maladies de la Martinique, nous apprend qu'à certains moments il a vu de véritables bouffées épidémiques de dysentérie surgir à Saint-Pierre et cela souvent pendant la nuit. Les habitants d'une maison étaient plus ou moins atteints quand les voisins n'avaient rien, telles et telles maisons dans divers quartiers de la ville étaient frappées simultanément.

Si nous cherchons à nous rendre compte des conditions dans les quelles ces épidémies se sont montrées, nous sommes souvent obligé de reconnaître que la cause de leur apparition nous échappe, mais cependant elles sont survenues si souvent de mars à juin, c'est-à dire au moment où les variations nycthémérales sont les plus brusques et les plus marquées, que nous sommes porté à prêter

encore une influence considérable aux influences météoriques dans le cas présent.

PATHOGÉNIE.

Maintenant que nous avons étudié avec un certain soin, je crois, les diverses conditions qui se rattachent à l'étiologie de la dysentérie à la Martinique, nous allons essayer de décrire le mécanisme d'après lequel la maladie se produit à notre avis et nous aurons ainsi l'occasion d'apprécier les divers facteurs dont nous avons parlé jusqu'ici, à leur juste valeur. Mais tout d'abord, qu'on me permette de rapporter, à titre de renseignement et pour mémoire, l'opinion de l'homme le plus éminent et le plus autorisé parmi nos prédécesseurs, Câtel.

« On a attribué, disait Câtel, dans son rapport du troisième trimestre 1847, la dysentérie tantôt à la qualité de l'eau, tantôt aux aliments, boissons etc., etc., quoique l'eau fût excellente, les aliments, les boissons de bonne qualité; mais on ne s'occupait ni de la topographie, ni de la météorologie, seules sources d'où l'on puisse tirer quelque lumière sur les causes réelles des maladies en général et de celles de la dysentérie en particulier.

A Saint-Pierre, on a cru devoir substituer l'eau de pluie à l'eau de la rivière sans obtenir de cette expérience la plus légère diminution dans le nombre des entrées, soit dans la gravité, d'où il faut conclure que la maladie est due à une grande humidité et à de fréquentes et brusques variations de la température. Ceci est prouvé par l'observation suivante.

La garnison des forteresses de Fort-de-France, composée de plus de mille hommes n'a fourni que onze dysentéries pendant le troisième trimestre 1847, soit quatre par mois, tandis qu'elle en avait fourni 82 pendant le premier trimestre. Ainsi, dans les 6 mois qui comprennent le deuxième et le troisième trimestre, il n'y a eu que 26 dysentériques, plus de trois fois moins que pendant les trois premiers mois de 1847. Ces observations sont très-concluantes et ne laissent aucune prise à la controverse.

« Si, passant de la cause à l'effet, nous examinons comment l'homme contracte ici la dysentérie, nous verrons qu'il suffit, quand il a chaud, qu'il s'expose à un courant d'air ou qu'il boive un verre d'eau froide, qu'il s'arrête un instant à un air frais succédant à un air chaud, qu'il soit surpris par la pluie lorsqu'il est en sueur, c'est-à-dire que toute transition brusque et subite de la température, en supprimant la transpiration, donne la dysentérie sous ce climat, si on n'est pas suffisamment défendu contre ces vicissitudes atmosphériques ; il faut éviter toutes ces causes, avec le plus grand soin »

Voilà donc les causes de la dysentérie aussi bien connues que celles de la fièvre jaune et rien ne sera plus facile que de garantir les soldats de l'une et de l'autre; le gilet de flanelle, le pantalon de drap, le premier surtout jusqu'à la fin de mai et le second toute l'année ; il sera en même temps indispensable de surveiller le soldat de manière à l'empêcher de se déshabiller et de boire quand il a chaud surtout après une corvée, un service, etc., etc.; on devra prévenir autant que possible, l'ivrognerie si funeste aux soldats. En un mot, les règles de l'hygiène doivent être exactement observées dans les casernes, si on veut obtenir de bons résultats. Cette surveillance d'où dépend la conservation de la santé du soldat appartient à la police du corps. » (Câtel, rapport du 3e trimestre de 1847.)

En somme, on voit que Câtel, avait déjà apprécié la situation à son exacte valeur en 1847 et si son opinion avait été jugée avec la faveur qu'elle mérite dès cette époque, nous ne serions pas aujourd'hui encore à discuter sur mille conditions étiologiques contestables ou certainement impuissantes, n'ayant qu'une influence sur le débat, son obscurcissement.

Dutrouleau, qui s'est occupé aussi avec autant de soin que de succès de la dysentérie de Saint-Pierre, la rattachait à quatre causes principales, dans son rapport de l'année 1851. Il incriminait l'eau, les refroidissements, les boissons alcooliques et les excès de fruits ou d'autres aliments. Remarquons que Dutrouleau avait bien soin de spécifier son opinion à l'égard de l'eau, de peur qu'on ne lui attribuât des idées qu'il n'avait pas. Et en effet il disait : « L'eau agit, non pas comme le pensent encore quelques personnes, par ses qualités chimiques, mais par son action physiologique. Lorsqu'elle est prise en trop grande quantité le corps étant en sueur, elle supprime la transpiration et cause un reflux vers l'intestin. Suivant cette explication, toute espèce d'eau froide doit produire le même effet et c'est ce qui arrive, puisque les militaires qui buvaient autrefois de l'eau de rivière et qui ne boivent aujourd'hui que de l'eau de pluie filtrée, en sont aussi atteints que par le passé. » (Rapp. de l'année 1851.)

Voici maintenant, d'après ce que je me figure de mon côté, comment se passent les choses dans la production de la dysentérie :

L'Européen, dont les organes sont faits pour vivre dans les climats tempérés, éprouve quand il est transporté dans la zone tropicale, une série de modifications dans le fonctionnement de ses organes son foie, entre autres, ayant un travail plus grand à accomplir pour les raisons que la physiologie nous apprend et que je n'ai pas besoin d'exposer ici, sécrète de la bile en plus grande quantité ou peut-être possédant des propriétés plus actives que dans l'état physiologique.

Il en résulte que l'organisme est mis plus ou moins vite, suivant maintes conditions, dans un état qui, sans être incompatible avec les apparences de la santé très-convenable, n'en est pas moins déjà une préparation à la maladie.

Il va sans dire que le temps nécessaire pour cette préparation peut varier dans d'assez grandes limites et on le comprend en effet : Tel individu qui arrivera d'un pays relativement froid, et au moment où la zone tempérée est peu chauffée par le soleil dans une localité où l'hivernage est en pleine activité ; celui qui, sous l'influence de la chaleur, boit davantage et absorbe plus d'alcool qu'il n'avait l'habitude de le faire précédemment ; celui qui est déprimé par des passions tristes ou, au contraire, celui qui fait des excès génésiques se trouvera plus vite dans les conditions favorables à l'explosion de la maladie. Il y a, on le voit sans que j'aie besoin d'entrer dans plus de détails, une sorte d'échelle variable suivant mille facteurs différents, et dont une des extrémités est l'état physiologique, l'autre l'état d'imminence, dirai-je, de la maladie.

Supposons donc l'individu plus ou moins préparé ainsi ; il pourra s'écouler plus ou moins longtemps sans qu'il survienne un accident à la santé. Mais, à tel moment, qu'une impression intempestive de fraîcheur vienne brusquement refouler le sang de la périphérie au centre et, faisant diminuer momentanément la fonction cutanée, exagère passagèrement la circulation hépatique. Ou bien qu'une fatigue, qu'un excès relatif d'aliments, de boissons acqueuses ou alcooliques, qu'une émotion, un excès génésique interviennent, et il se produira une rupture d'équilibre se traduisant par une débâcle bilieuse. La vésicule biliaire distendue ou contenant une bile plus active qu'à l'état physiologique versera dans l'intestin un liquide qui va de suite, en vertu de son action physiologique exagérée par son abondance ou son activité, provoquer des coliques et de la diarrhée.

Si nous admettons ce que je viens de dire comme exact nous comprenons aussitôt déjà mille particularités de l'histoire de la dysentérie qui n'étaient guère expliquées jusque-là, et, en effet, cette diarrhée qui survient peu après l'arrivée dans les pays chauds et qu'on a appelée la diarrhée d'acclimatement, nous paraît sous son vrai jour. Nous comprenons que l'organisme n'étant pas encore préparé par un fonctionnement hépatique exagéré de longue date, n'a produit qu'une bile peu active relativement ; d'autre part, l'anémie n'étant pas encore très-avancée, la répercussion circulatoire est moins brusque, ébranle moins tout l'individu, de sorte que la première atteinte n'est que de la diarrhée et une diarrhée passagère en général lorsqu'elle a lieu peu après l'arrivée. Au contraire, s'il s'est écoulé

quelques mois depuis l'arrivée, ou bien si la cause de la rupture d'équilibre a été puissante, il est possible que la première atteinte soit plus grave; bref, ici encore, il est facile de faire par la pensée une gamme variable suivant maints facteurs différents. Mais on comprend aussi combien ce mot de diarrhée d'acclimatement est impropre et qu'au lieu de la considérer comme une épreuve utile, nous avons raison de ne voir en elle que l'avant-garde de la maladie tropicale qui va lutter désormais contre l'organisme européen transporté hors de son milieu normal.

Mais entrons dans des détails plus précis au sujet de la pathogénie de la dysentérie. Comment se fait-il que cette débâcle bilieuse produise la maladie qui nous occupe? eh bien, il ne me semble pas difficile de répondre, et en effet nous savons que physiologiquement la bile normale a pour effet de desquamer la partie la plus superficielle de l'épithelium intestinal. C'est, comme on l'a dit d'une manière imagée, une sorte de coup de balai qui chasse les parties épithéliales qui ont servi à la digestion précédente, et par conséquent ont perdu une partie ou totalité de leur puissance digestive; artifice admirable qui permet à l'intestin de présenter perpétuellement aux aliments une surface ayant au plus haut point la propriété de les digérer. Or, une débâcle biliaire intempestive et surtout une débâcle de bile ayant une action topique plus active, exagère cette desquamation épithéliale, et c'est ainsi que tout d'abord la diarrhée initiale provoque si souvent cet état d'embarras gastrique passager qui peut bien être le retentissement produit sur l'organisme, par cette sorte de catarrhe intestinal de l'intestin grêle, qu'on me passe le mot.

Les matières de la digestion ne séjournent pas également dans toutes les parties du tube digestif, on le sait. Alors, après avoir passé assez longtemps dans l'estomac, elles cheminent assez vite dans l'intestin grêle de sorte que si la bile que nous incriminons est à son summum d'action topique à son arrivée dans le duodenum, d'autre part elle le franchit assez vite pour qu'elle n'ait pas le temps d'y faire beaucoup de désordres. C'est au plus une sorte de rubéfaction d'érythème, de vésication légère qu'elle entraîne, action capable de produire plus ou moins de retentissement général, mais la réparation se fait assez vite pour que, toutes choses égales d'ailleurs, cette partie de l'intestin soit une des moins altérées au point de vue anatomique dans les autopsies de dysentérie.

Arrivées dans le cœcum les matières alimentaires éprouvent un temps d'arrêt relatif, car on a comparé, on le sait, le cœcum à un estomac complémentaire; or, dans le cas qui nous occupe, il arrive

que l'action topique de la bile a le temps de s'y exercer plus longuement, et c'est ainsi que le cœcum est un des premiers points envahis par la dysentérie, de même que c'est aussi un des points les plus malades quand l'affection a atteint un certain degré ou dure depuis un certain temps.

Dans le côlon ces matières alimentaires ne progressent pas très-vite, de sorte que l'action topique de la bile s'y exerce avec puissance, moins qu'au cœcum cependant. Enfin arrivé à l'S iliaque et au rectum, il y a de nouveau un temps d'arrêt, quelquefois plus long que partout ailleurs et nous savons que la fin du gros intestin est, pour ainsi dire, le lieu de prédilection des lésions de la dysentérie.

Si nous acceptons l'explication que je viens de proposer, nous comprenons que la diarrhée et la dysentérie légère ne sont que le résultat de l'irritation topique de la bile, à divers degrés d'intensité, sur quelques parties de l'intestin, et nous comprenons non-seulement la facile réparation dans les cas d'atteinte très-légère, mais aussi la facilité des récidives. C'est qu'en effet, d'une part, nous avons une sécrétion biliaire qui peut à tout moment renouveler la scène de la débâcle primitive; d'autre part, nous avons des points de la surface intestinale qui, non-seulement, sont réparés depuis peu, mais encore qui sont le lieu d'élection de nouvelles desquamations épithéliales morbides.

Nous comprenons aussi le mécanisme de la dysentérie de moyenne intensité, cas dans lequel il s'est produit une véritable vésication de certains points de l'intestin; le réseau vasculaire est mis à nu et entamé même, de sorte que nous voyons comment il se fait que des stries plus ou moins abondantes de sang se montrent. Bientôt les surfaces vésiquées se limitent ou mieux les portions de cette surface moins profondément atteintes sont recouvertes par l'épithélium protecteur qui s'est régénéré; mais, en certains endroits cette réparation ne pouvant se faire aussi bien, il en résulte une petite exulcération. A un degré plus grave, c'est une véritable ulcération, et si la maladie dure suffisamment longtemps, ce sera même de véritables petits ulcères que l'on rencontrera.

L'anatomie pathologique nous montre d'ailleurs que c'est de préférence à l'orifice des glandes de Lieberkühn que les ulcérations se produisent et s'accentuent d'abord; elle nous fait voir la réaction inflammatoire de voisinage arrivant jusqu'à la gangrène, jusqu'au phlegmon, suivant les cas. Mais ici, sans avoir besoin d'entrer dans plus de détails, nous comprenons, j'espère, d'une manière suffisante la pathogénie de l'affection.

Est-il nécessaire d'entrer dans des descriptions bien étendues

pour expliquer la dysentérie grave avec le sphacèle de portions plus ou moins étendues de la muqueuse? Non; les ulcères de l'intestin sont profonds, putrides et bien capables de produire tous les accidents que nous constatons dans les atteintes de dysentérie du troisième degré.

Le mécanisme que je viens d'indiquer nous explique très-bien de son côté, non-seulement les accidents aigus des divers degrés de la dysentérie qui commence, mais aussi tous les phénomènes de la dysentérie chronique, et nous aurons l'occasion d'ajouter que l'affection légère, souvent récidivée, peut produire les mêmes résultats que l'atteinte intense, isolée, etc., etc.

La diarrhée chronique, dite endémique des pays chauds, ce qu'on a appelé dans l'extrême Orient la diarrhée de Cochinchine, n'échappe pas, je crois, à mon hypothèse : ici la bile altérée et sécrétée en quantité suffisante pour desquamer l'intestin d'une manière exagérée ne produit pas le plus souvent ces ulcérations de la dysentérie ordinaire; mais, par le fait de cette irritation continuelle de la surface muqueuse de l'intestin, il se produit une inflammation limitée et, pour ainsi dire, atonique de cette muqueuse, finissant par faire disparaître peu à peu les glandes digestives et transformant la surface intestinale en une membrane qu'on pourrait appeler cicatricielle, c'est-à-dire incapable désormais d'absorber les parties nutritives des aliments.

La rectite dysentérique, elle, est produite évidemment par la même action topique irritative de la bile favorisée par la nature de la région anatomique et la chose se comprend si bien que nous n'avons pas à nous étendre plus longtemps sur son compte.

Nous comprenons enfin la fréquence de la complication hépatique dans la dysentérie des pays chauds; et en effet, comment en serait-il autrement, quand nous savons que le foie était malade, à proprement parler, avant l'intestin. Or alors, soit que la maladie primitive ait suivi son cours, c'est-à-dire que l'excès de fonctionnement ait produit la phlegmasie de la glande, ou bien que des matières septiques aient été charriées par les veines mésaraïques de l'intestin au foie, les résultats peuvent être la suppuration en un ou plusieurs foyers.

Si l'on accepte cette opinion sur le mécanisme de la production de la dysentérie, on voit, il me semble, la question s'éclairer du jour le plus heureux du premier coup, toutes les complications sont expliquées et on n'a plus besoin d'aller chercher ces conditions étiologiques, obscures ou hypothétiques, qui, pleines de contradictions, ne peuvent satisfaire l'esprit pour l'interprétation de tous les cas. Pour ma part, il y a longtemps que je me suis rallié à l'idée que la dysen-

térie des pays chauds, est intimement liée à un trouble de la sécrétion biliaire, comme condition fondamentale, à un refroidissement de la peau comme cause occasionnelle fréquente. Et en partant de cette idée, j'ai fermement pensé que si la thérapeutique peut, en certaines circonstances, ramener momentanément la santé, l'hygiène a une grande importance pour la conservation et, ajoutons aussi, le retour dans la zone tempérée s'impose très-souvent de la manière la plus impérieuse.

TRAITEMENT.

Le traitement est un des points les plus importants de l'histoire de la dysentérie, et c'est peut-être celui qui est le plus difficile à exposer, car la thérapeutique de la maladie a été encombrée, peut-on dire, par une multitude de moyens très-différents, au milieu desquels le praticien est souvent embarrassé, ne sachant au juste s'il fera bien ou mal de s'adresser à tel ou tel.

Dans mon *Etude sur les Maladies du Sénégal*, je disais (t. Ier, p. 529) : « L'énorme quantité de moyens proposés contre la maladie est ici comme toujours l'indice d'une extrême pauvreté thérapeutique. D'ailleurs il suffit de rappeler que nombre de médecins très-autorisés ont dit que lorsque la dysentérie atteint un individu au Sénégal, on ne peut espérer huit fois sur dix la guérison qu'en le renvoyant en Europe pour montrer toute l'imperfection et toute l'insuffisance des moyens de traitement connus jusqu'à ce jour. » A quatre ans de distance, pendant lesquels j'ai vu plus de mille nouveaux dysentériques, je répète pour la Martinique absolument la même chose, croyant plus que jamais que le retour dans la zone tempérée est l'unique moyen efficace dans l'immense majorité des cas. Car, si une, deux, dix fois on parvient, par une médication appropriée, à ramener les selles à leur nombre et à leur consistance normale à l'aide d'une médication suivie; presque toujours, peut-on dire, l'atteinte du foie, qui préexiste à la dysentérie des pays chauds, et la régit, ne guérissant pas, la situation est précaire. Les rechutes, les récidives menacent à chaque instant le malheureux, jusqu'au moment où un abcès du foie, une atteinte de dysentérie intense, ou bien encore la cachexie tropicale auront raison de l'imprudent qui s'est obstiné à braver un climat pour lequel il n'a pas été créé.

Nous allons parler successivement dans cette étude du traitement de la dysentérie aiguë aux divers degrés où elle se présente, puis nous parlerons de la rectite, et enfin nous étudierons la thérapeutique de la diarrhée et de la dysentérie chroniques. Il me semble nécessaire de procéder de la sorte, car si nous n'avions pas soin de

séparer ainsi les variétés de flux de ventre, nous n'arriverions pas, je crois, à présenter un tableau exact et compréhensible de ce qu'il faut faire suivant les cas.

Mais répétons tout dabord, aujourd'hui encore, ce que je disais en m'occupant de la dysentérie du Sénégal : il faut que le médecin examine les selles chaque jour, chaque fois même qu'il voit le malade. La chose a une importance capitale et qu'on ne saurait trop rappeler à l'esprit de ceux de nos camarades qui n'ont pas encore une opinion basée sur l'expérience. Et, en effet, l'aspect de la selle vous montre l'état de la maladie, l'action produite par le médicament prescrit la veille, la profondeur et la gravité de l'atteinte, la tendance à l'amélioration ou à l'aggravation. La selle vous dit encore s'il faut continuer la médication adoptée ou la modifier, si des aliments peuvent être permis, ou bien, au contraire, s'il faut les défendre, si telle substance est digérée ou non. Bref, répétons-le pour bien en graver l'importance dans l'esprit du lecteur, l'examen des selles est de la plus capitale importance dans le traitement de la dysentérie.

C'est au point que, pour ma part, je ne fais pas une prescription à un dysentérique sans avoir regardé son vase : Conservez les selles pour que je puisse les voir, est la recommandation la plus pressante que je fasse, car, je l'avoue, je ne saurais vraiment comment me rendre compte de l'état du malade sans cet examen, et j'estime que j'agirais en aveugle en conseillant de prendre, de continuer ou de cesser n'importe quel médicament si je ne m'étais basé au préalable sur la nature des déjections. A chaque instant, en effet, un malade vous dit de très-bonne foi : je fais le sang, et la graisse. Qu'en inférerez-vous? Il peut avoir une dysentérie de moyenne intensité, une rectite, ou simplement des hémorrhoïdes? Il vous dit que ses selles sont liquides, ne contenant pas de sang, mais sont-elles séreuses, bilieuses, muqueuses, lientériques, etc., etc.? Vous n'en pouvez rien savoir. Enfin, lorsque vous avez fait une prescription, comment saurez-vous l'effet obtenu si vous n'examinez pas les selles et, par conséquent, sur quoi vous baserez-vous pour continuer ou suspendre une médication?

Premier degré. — Diarrhée aiguë.

Les gens du monde ont, surtout dans les pays chauds, une manière de traiter la diarrhée qui doit nous arrêter un instant : ils prennent, dès qu'ils éprouvent quelques coliques, qu'ils ont une selle diarrhéique, divers liquides alcooliques portant tel ou tel nom, souvent d'une composition qui est le secret de l'inventeur, et qui

toujours sont des teintures de plantes aromatiques, irritantes, additionnées de plus ou moins d'opium. Quelques-unes de ces préparations anti-diarrhéiques ont une réputation considérable et sont employées avec une prodigalité vraiment extraordinaire. Bien que j'aie, *a priori*, une extrême répugnance à m'occuper de ces médicaments, qui semblent plutôt inventés pour faire la fortune de quelques pharmaciens que pour soulager réellement les malades, il me faut dire ici ce que je pense des effets de ces préparations anti-diarrhéiques, et chercher à déterminer les conditions dans lesquelles leur usage peut présenter quelques avantages.

Sans doute dans plus d'un cas, par exemple, quand à la suite de l'ingestion de boissons glacées, ou bien après un refroidissement du corps provenant de ce qu'on s'est attardé avec des vêtements légers au grand air, qu'on s'est laissé gagner par le sommeil sur un balcon, une terrasse, sous un arbre, etc., etc., et que, jouissant jusque-là d'une santé florissante, on est pris tout à coup de coliques avec mouvements tumultueux de l'intestin, aboutissant bientôt à une selle parfois solide au début et se terminant par des matières liquides, l'ingestion d'une de ces préparations alcooliques, appelées anti-diarrhéiques, donne de bons résultats. Si elle est prise de très-bonne heure, dès les premières douleurs, elle arrête quelquefois l'indisposition d'une manière subite, et même sans qu'une selle liquide ait eu le temps de se montrer. Mais de là à penser que les mixtures tant prônées sont capables d'arrêter la dysentérie au début, il y a tout un abîme. Si l'organisme est préparé comme nous l'avons vu en parlant de la pathogénie par une accumulation de bile âcre dans la vésicule biliaire, cette mixture n'aura aucun bon effet, elle ne peut qu'aggraver fâcheusement la situation; aussi je ne saurais trop conseiller la prudence aux intéressés dans l'emploi de ce moyen abortif de la diarrhée.

Ce n'est que dans les cas légers, tout à fait au début et dans les conditions que je viens de spécifier, refroidissement survenant chez un individu bien portant jusque-là, qu'on peut en attendre de bons résultats. Au contraire, si l'indisposition dure depuis un jour ou deux, si, avec l'orage intestinal, il y a les moindres phénomènes d'embarras gastrique ou bilieux, le plus sage est de n'y pas recourir; les moyens classiques sont alors infiniment préférables.

Je n'en citerai qu'un exemple pour mettre le lecteur en considération : Un individu rentrant des pays chauds avec un peu de congestion du foie, mais sans avoir eu jamais de dysentérie, arrive à Paris et a besoin d'y faire plusieurs courses fatigantes; il devait partir le soir par un train de chemin de fer, mettant dix-huit heures

pour le conduire à son lieu de résidence, quand il est pris de selles diarrhéiques. En moins de deux heures, une débâcle bilieuse l'avait poussé plus de dix fois sur le vase. Ne voulant pas retarder son départ, il prend un assez copieux petit verre de chartreuse verte et quatre perles d'éther au moment de monter en voiture, et s'enveloppe chaudement dans sa couverture de voyage. Dix-huit heures après, il débarquait sans avoir eu une selle en route, mais, à peine rendu chez lui et couché, le besoin de déféquer se fait sentir, une selle sanglante de dysentérie moyenne fut émise, et j'eus à le soigner d'une atteinte qui ne manqua pas d'être sérieuse, et qui certainement ne serait pas survenue s'il n'avait pas combattu intempestivement cette débâcle bilieuse par une médication qu'on peut appeler incendiaire, et qui fait qu'il avait joué quitte ou double avec la maladie.

Par conséquent, sans nier que, dans certains cas que j'ai précisés, les divers moyens qui sont d'un emploi vulgaire dans les pays chauds et parmi lesquels l'eau de mélisse pure ou additionnée de 2 à 4 grammes d'éther sulfurique est peut-être le meilleur ou au moins un des plus efficaces, j'engage très-vivement les médecins et les malades à ne pas recourir à ces remèdes, plus utiles au pharmacien qu'au client.

Entreprenons maintenant l'étude des moyens dits classiques de guérir la diarrhée aiguë ou dysentérie du premier degré, moyens capables de donner de bons résultats d'une manière autrement plus assurée.

Lorsqu'un malade atteint de la dysentérie légère, au premier degré, de la diarrhée aiguë, en d'autres termes, une des premières choses est de s'enquérir de l'état des premières voies. Le sujet est-il suffisamment fort et vigoureux, car on comprend que ce que nous allons dire ne s'adresse ni à un cachectique, ni à un vieillard hernieux ou anévrismatique, ni à une femme enceinte; si le sujet est suffisamment fort et vigoureux, dis-je, et si les phénomènes de l'embarras gastrique sont accusés, un vomitif est indiqué. L'ipéca joint à l'émétique chez les hommes les plus forts, les mieux conservés, arrivés depuis peu, l'ipéca seul dans les autres cas, provoquent un orage gastro-intestinal passager, à la suite duquel on est tout étonné de voir le sujet convalescent et bientôt guéri, alors que, par d'autres moyens, le bismuth, les astringents, par exemple, on constaterait soit l'aggravation, soit l'état stationnaire de la maladie.

Mais il ne faut pas oublier de noter que, dans maintes circonstances, le vomitif n'est pas indiqué, soit parce que le sujet n'est pas

très-vigoureux, soit parce que la maladie elle-même ne se montre pas avec un appareil réactionnel assez accentué pour justifier l'emploi d'un médicament qui va jeter le sujet dans des spasmes très-pénibles, ou au moins désagréables pendant une ou deux heures. Alors, les purgatifs sont de mise, 30 à 60 grammes de sel de soude ou de magnésie, une bouteille d'eau de Sedlitz ou de limonade Rogé, prise à jeun le matin, par verres, à dix minutes d'intervalle, viennent très-souvent à bout dès le premier jour d'une atteinte légère. Il suffit alors de garder le repos, de surveiller son alimentation pendant deux ou trois jours, en un mot, de ne pas faire d'imprudence pour que la guérison soit obtenue.

Mais, trop souvent, la première purgation ne suffit pas pour amener la guérison, et alors un des meilleurs moyens est de recommencer. Ici les pratiques diffèrent, les uns veulent que l'on recommande purement et simplement à prendre la purge en deux verrées, dix en dix minutes; les autres prescrivent une tisane additionnée du sel de soude ou de magnésie; les autres, enfin, font préparer une potion de sel purgatif sans sucre avec 120 grammes d'eau, et disent de la prendre par cuillerées, d'heure en heure. J'ai employé les diverses variantes dans un grand nombre de cas, et j'avoue que je serais très-embarrassé d'en préconiser une au détriment des deux autres. Je me laisse aller volontiers au goût du malade, et j'ai vu également de bons résultats couronner les trois variantes.

Si, après la seconde purgation, la diarrhée persiste, il faut revenir à une troisième, seulement l'amélioration est, en général, assez accentuée pour qu'on puisse en diminuer les doses. Souvent, dans les hôpitaux coloniaux, j'ai suivi les préceptes de mes prédécesseurs, c'est-à-dire j'ai donné 40 grammes de sulfate de soude le premier jour, 35 le second, 25 le troisième, 15 le quatrième, 10 le cinquième, et assez fréquemment, à ce moment, les selles redevenaient de bonne nature, se moulaient bientôt. Il n'y a aucun inconvénient, et souvent tout avantage, à continuer, pendant quatre, six jours encore, le sulfate de soude aux doses de 10 à 20 grammes, c'est encore un des moyens les plus assurés que je connaisse, de consolider la guérison à condition, bien entendu, que le régime sera combiné d'une manière prudente.

Beaucoup de médecins emploient la manne au lieu du sulfate de soude ou de magnésie, j'y ai eu pour ma part maintes fois recours, mais je suis entièrement de l'avis d'un de mes vaillants prédécesseurs au Sénégal, M. Chassaniol, qui disait que la manne n'est pas assez énergique et, par conséquent, est moins efficace que le sulfate de soude. La seule raison qui puisse militer en sa faveur, est son

goût moins désagréable que les sels de soude ou de magnésie; aussi je le mets sur un plan inférieur aux purgatifs dits salins. Je serais assez d'avis de n'y recourir que lorsque ces purgatifs dits salins, donnés à une ou deux reprises, ont déjà amélioré la situation d'une manière convenable.

A la Martinique, comme au Sénégal, j'ai essayé divers purgatifs dans le traitement de la dysentérie, et j'ai trouvé à l'huile de ricin une action aussi efficace qu'aux sels de soude ou de magnésie. En émulsionnant cette huile, comme je l'ai dit souvent (deux parties d'huile, une partie d'alcoolé de menthe, une partie d'eau sucrée, agiter au moment de s'en servir), on lui enlève une grande partie de son goût nauséeux et, par conséquent, la répulsion qu'ont la plupart des malades contre elle est sensiblement atténuée. Je place, pour ma part, l'huile de ricin au même plan que les purgatifs salins, et la donne indifféremment à eux quand je ne rencontre pas chez les malades une aversion trop accentuée.

Je ne conseille aucun des drastiques ordinaires pour provoquer des évacuations dans la diarrhée aiguë. Le jalap, la scammonée, l'aloès, etc., etc., me paraissant formellement contre-indiqués.

Les lavements au sulfate de soude m'ont paru être un excellent auxiliaire dans nombre de cas, et j'y ai volontiers recours, mais il est rare que j'en aie fait l'unique moyen de traitement. Je crois qu'il est beaucoup plus efficace de ne les employer que comme adjuvants des purgations par la bouche, et je les donne à ce titre à la dose de 20 grammes de sel pour 200 grammes d'eau, en renouvelant la prescription matin et soir.

Quelques praticiens ont conseillé l'ipéca contre la diarrhée aiguë, ou dysentérie du premier degré, non pas seulement comme vomitif, ainsi que nous l'avons vu précédemment, mais ils ont voulu qu'après son emploi à dose vomitive, on le continuât pendant deux ou trois jours sous forme nauséeuse: poudre d'ipéca 0,60 centigrammes, laudanum 0,40 centigrammes, eau gommée sucrée 90 grammes, agiter au moment de l'ingestion, à prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure, en éloignant les doses si les nausées sont trop pénibles. Certes, l'ipéca est un excellent médicament que j'emploie très-volontiers dans les flux de ventre tropicaux, mais l'état nauséeux dans lequel il jette le malade fait que je le réserve pour les cas plus graves ou plus rebelles que celui-ci; aussi, dans la diarrhée aiguë, je lui préfère des moyens moins désagréables pour le patient.

On a conseillé souvent les opiacés dans le traitement de la dysentérie du premier degré; il est vulgaire qu'une pilule d'opium de

0,05 centigrammes ou 20 gouttes de laudanum dans un verre d'eau soient d'un très-bon effet chez les adultes atteints de diarrhée légère au début. Mais ne nous y trompons pas, tous les cas ne réclament pas une pareille médication, car si, tout à fait au début, l'opium peut agir comme l'alcool et les diverses préparations dites anti-diarrhéiques, il n'est pas prudent le plus souvent d'y recourir. On joue, pour nous servir d'une expression un peu triviale, mais profondément vraie : quitte ou double, avec de trop mauvaises chances contre soi. Les médecins qui ont pratiqué longtemps dans les pays à dysentérie, n'emploient guère ces opiacés que tout à fait dans le premier moment des cas très-légers, ou bien à titre secondaire quand les premières voies ont été débarrassées par les purgatifs ; par exemple, à l'état de potion hypnotique que le malade doit prendre le soir en se couchant, quand on lui a donné le matin du sulfate de soude ou de magnésie, dans ces conditions il peut faire très-bien, mais on s'exposerait à des mécomptes si on érigeait l'opium en moyen unique de traitement.

Lorsque les premières voies ont été débarrassées et que la maladie tire à sa fin, on donne souvent le sous-nitrate de bismuth, qui est aussi un excellent médicament, mais que je mets peu souvent en œuvre dans les cas qui nous occupent, parce que j'ai vu la guérison survenir aussi bien et aussi vite quand on ne l'a pas employé. Je crois donc que le bismuth, qui est très-efficace dans les cas où la maladie tourne à la chronicité, est inutile dans les cas d'acuité franche, marchant sans hésitation vers la guérison; aussi on comprend dans quels cas il me semble indiqué.

Quant aux astringents : ratanhia, cachou, simarouba, nous ne les considérons pas d'un très-bon œil, en ceci que : 1° comme moyen unique de traitement, ils ne nous paraissent pas utiles le plus souvent ; bien plus, lorsqu'il y a embarras gastrique ou bilieux, ces astringents peuvent compliquer la scène et provoquer une irritation fâcheuse au lieu de mener à la guérison ; 2° comme moyens secondaires, ils peuvent être utiles dans quelques cas où la maladie tourne ou tend à la chronicité, mais quand elle marche franchement, ils sont en général inutiles et, à ce titre, peuvent être délaissés.

Quand je me suis occupé de la diarrhée aiguë en parlant des maladies du Sénégal, j'ai fait remarquer avec soin que le sujet devait être attentivement surveillé au point de vue du paludisme. En parlant des maladies de la Martinique, je n'ai pas à insister autant là-dessus, mais cependant il me faut l'indiquer au moins pour mémoire, car dans les pays tropicaux, même les plus favorisés, la malaria doit toujours être présente à l'esprit du médecin.

Tous les malades qui consultent un médecin, pour n'importe quelle maladie, croiraient qu'on ne leur a pas fait une prescription complète et surtout efficace si on ne leur a pas indiqué la tisane qu'ils doivent prendre, de sorte qu'on me demandera ici qu'elle est celle que je conseille. Je répondrai à cela que la meilleure pratique est celle qui introduit le moins de liquide dans le tube digestif et que, par conséquent, l'abstention de toute tisane serait encore ce qu'il y aurait de préférable. Ceci étant dit, nous pouvons ajouter que le lait pur me paraît être, dans bien des cas, un liquide convenable comme tisane, mais beaucoup de personnes croient que le lait est, au contraire, un laxatif et répugnent à son usage, sans compter que, chez quelques malades, la nature des sucs digestifs est telle qu'il y a des renvois nidoreux ou acides plus ou moins pénibles, des borborygmes, des coliques et même un peu de dérangement du corps, sous l'influence du lait. Il est vrai que, dans la plupart des cas, on fait cesser tous ces petits inconvénients par l'addition d'un peu d'eau de chaux, de magnésie calcinée, d'eau de Vichy, mais enfin il faut tenir compte de la répulsion juste ou injustifiée des malades, et, pour ces cas, je prescris volontiers une tisane d'orge ou de riz, à prendre par petites gorgées pour apaiser la soif. Je me décide difficilement à prescrire la tisane de riz; non pas que je la tienne pour mauvaise en elle-même, mais parce que les malades, se figurant que le riz est le remède de la diarrhée, se gorgent de cette tisane, et arrivent à introduire deux, trois litres d'eau dans leur tube intestinal, dans une bonne pensée, il est vrai, mais avec de mauvais résultats, car cet excès de liquide aqueux, ne pouvant être éliminé tout entier par les reins, concourt à entretenir la diarrhée.

Chez les gens sobres et intelligents, je conseille souvent un peu d'eau vineuse pour étancher la soif, en recommandant de boire le moins possible. Chez les intempérants ou les individus qui ne sont pas assez intelligents pour comprendre la nécessité d'une extrême modération vis-à-vis des alcooliques et des boissons, je craindrais, en leur parlant d'eau vineuse, d'atteindre de mauvais résultats au lieu d'avoir prescrit un bon moyen thérapeutique.

La question de la nourriture n'a pas grande importance dans la diarrhée aiguë légère, mais cependant elle ne saurait être négligée; il faut, pendant que la maladie existe et pendant les premiers jours de la convalescence, que le sujet s'attache à manger peu, à prendre des aliments de digestion facile, se digérant surtout dans l'estomac et fournissant peu de résidus, afin de laisser reposer le mieux possible l'intestin. Mais cette question de la nourriture étant beaucoup

plus importante dans la dysentérie légère ou grave, on me permettra de n'en pas parler maintenant pour éviter des redites. Je dirai la même chose pour les soins à donner à la convalescence, car ce qui doit être fait pour le cas actuel doit, *a fortiori*, être fait dans le cas suivant et avec une attention infiniment plus sévère, par conséquent j'attendrai d'en être là pour m'occuper de cette question.

Deuxième degré. — Dysentérie de moyenne intensité.

Comme je le disais en m'occupant des maladies du Sénégal, on ne peut formuler un traitement unique pour le cas présent, car nombre de facteurs interviennent pour modifier la situation d'un sujet à l'autre. Je fournirai donc une série de moyens parmi lesquels le praticien fera son choix au moment même et suivant son inspiration.

Ce que j'ai dit tantôt touchant l'état saburral est parfaitement de mise ici encore, et un ipéca au début est souvent une bonne chose. Lorsque les individus ne sont pas trop affaiblis, l'acte du vomissement produit un abattement réactionnel qui aide notablement l'amélioration, et il arrive souvent qu'un ipéca a grandement aidé à faire cesser un orage qui avait l'air de s'annoncer sinon menaçant, au moins sévère. Par conséquent, je ne suis pas avare de son administration en général.

Je n'ai pas besoin de revenir sur la question du paludisme qui peut exister d'une manière concomittante. Ce paludisme est infiniment moins fréquent à la Martinique que dans maints autres pays, le Sénégal, par exemple, mais néanmoins il faut le garder en mémoire dans chaque cas, de peur de mécompte.

A l'époque où florissait la médecine dite physiologique, on employait très-généralement, au début de la dysentérie même légère, des antiphlogistiques : Des saignées générales, des sangsues à l'anus ou sur le trajet des côlons, étaient de mise dans la pluralité des cas. Aujourd'hui, la réaction est absolue, et elle a été trop grande à mon avis, car si les sangsues sur le trajet du côlon me semblent absolument inutiles, en tant que moyen de révulsion directe, il n'en est pas moins vrai que, dans quelques rares cas, par une saignée ou une application de sangsues au fondement, c'est-à-dire là où elles peuvent se gorger facilement d'une manière très-abondante, on a vu une rémission des plus favorables se montrer comme la conséquence directe et prochaine. Je suis entré à ce sujet, dans mon *Etude sur les maladies du Sénégal*, dans des détails que je crois utile de rappeler. Expliquons-nous. Je disais : je ne crois pas que, pour l'état actuel, une saignée générale soit utile chez un

sujet de complexion même vigoureuse, bien loin de là, je la considère comme fâcheuse à cause des conséquences qu'elle aura dans des pays où la débilité est facile et nocive dans tous les états morbides, mais à la Martinique le paludisme, l'anémie ne sont pas à craindre d'une manière aussi générale et aussi immédiate, de sorte que je serais disposé à être moins absolu qu'au Sénégal, bien que je n'aie pas trouvé dans ma pratique un cas où ces émissions sanguines aient paru nécessaires contre la dysentérie de degré moyen.

Mais un antiphlogistique que j'ai employé souvent et qui m'a très-fréquemment donné les meilleurs résultats, c'est le grand bain tiède; et, d'après le conseil de nombre de nos prédécesseurs, j'ai souvent eu recours à la pratique suivante dont j'ai parlé précédemment (*loc. cit.*, p. 532) : Ainsi, quand le malade arrivait à l'hôpital, on lui faisait prendre deux grands bains d'une heure, matin et soir; avant d'entrer au bain, et peu après en être sorti, on lui donnait un ou deux grands lavements d'eau tiède qu'il rendait aussitôt, véritables irrigations intestinales; dans l'intervalle des bains, il avait sur le ventre un vaste cataplasme et mieux, deux doubles de grosse flanelle imbibée d'eau émolliente et recouverte d'un morceau de toile imperméable pour éviter la trop prompte évaporation de l'eau, et maintenir l'abdomen dans un état d'humidité chaude.

Je crois que, dans nombre de cas, cette manière de faire peut donner de bons résultats, et je la conseille avec insistance. Il m'est facile d'expliquer par quel mécanisme cette médication fait bon effet : souvent le malade arrive à l'hôpital avec un appareil morbide paraissant plus grand et plus intense qu'il n'est réellement : la fatigue éprouvée pendant les derniers jours où il a lutté avant de se présenter à la visite; l'effroi, l'inquiétude, etc., etc., soit occasionnés par la maladie elle-même, soit provoqués par la pensée de venir à l'hôpital, expliquent très-bien cette apparence de gravité qui s'amende favorablement d'elle-même très-souvent, par le seul effet d'un peu de temps et de repos.

Dans ces cas, si un traitement antiphlogistique et surtout des émollients intus et extra viennent combattre l'éréthisme général et la phlegmasie locale, l'épithélium intestinal se reconstitue, et la maladie guérit très-simplement, pour ainsi dire, d'elle-même, tandis que, si des médications intempestives sont mises en œuvre, on exaspère la situation; on apporte à chaque instant des irritants médicamenteux et une bile âcre et caustique sur cette surface intestinale mise à vif; il s'y forme des ulcérations, et enfin tous les accidents de la dysentérie confirmés.

Quand on a déjà atteint, dans une certaine limite, l'acuité de la maladie par les émollients intus et extra; ou bien, dès le premier moment, l'ipéca à la brésilienne se présente comme un médicament très-puissant et très-efficace; 8 à 12 grammes de racine infusée dans 125 grammes d'eau pendant douze heures, et formant une potion qui est prise par cuillerée à café d'heure en heure, constituent cet ipéca à la brésilienne. Il ne faut pas faire servir la même racine pendant plus de trois fois, car la quatrième infusion est trop faible et, comme il est bon de prolonger l'emploi de l'ipéca pendant cinq ou six jours, on fait, le quatrième jour, une nouvelle infusion avec la moitié de la dose primitive.

Quand on n'a pas d'infusion d'ipéca préparée au moment où on veut commencer le traitement, on peut mettre 1 gr. 50 ou 2 gr. de poudre dans 120 gr. d'eau sucrée, qu'on donne par cuillerées, d'heure en heure, en ayant soin d'agiter chaque fois le liquide.

Je n'ai pas à entrer dans de longs détails touchant l'ipéca à la brésilienne; après avoir rappelé qu'on s'attache à obtenir la tolérance en éloignant un peu les prises au besoin, qu'il faut continuer pendant cinq, six ou huit jours le médicament lorsqu'il est bien toléré, et l'employer au moins pendant trois jours dans les cas où il provoque des vomissements obstinés, je puis indiquer les autres agents qu'on emploie en même temps, à savoir : Les cataplasmes abdominaux, la tisane albumineuse ou l'eau gommée aromatisée, les grands lavements émollients qui sont les adjuvants du traitement.

Sous l'influence de l'ipéca, on voit généralement survenir une détente très-heureuse; les selles contiennent moins de sang et finissent par redevenir plus fécales, qu'on me passe le mot; les douleurs, la fièvre diminuent et disparaissent; il est temps alors d'employer d'autres médicaments. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, par conséquent, envisageons successivement les trois cas : A. La maladie s'amende; B. Elle reste stationnaire; C. Elle s'aggrave.

A. *La maladie s'amende sous l'influence de l'ipéca.* — Elle est ramenée dans ce cas à l'état du premier degré, et c'est le moment d'employer, comme nous l'avons vu tantôt, le sulfate de soude, la manne, puis le sous-nitrate de bismuth, les astringents, etc. Qu'on me permette de renvoyer le lecteur au passage précité pour éviter une red ite.

B. *Si la maladie reste stationnaire.* — Cette supposition est un peu théorique plutôt que pratique, si on veut s'en tenir au mot propre, car une affection aiguë ne reste pas stationnaire; aussi c'est

du cas où l'affection tend à devenir chronique que je veux parler actuellement.

Je renvoie, pour plus amples détails, au traitement de la dysentérie chronique. Nous y verrons là l'emploi de maints moyens dont il est inutile de parler actuellement.

C. *La maladie s'aggrave.* — Lorsque, malgré l'emploi de l'ipéca, la maladie s'aggrave, il faut avouer que le praticien a lieu d'être très-embarrassé et doit grandement craindre pour son malade, dont la vie est très-sérieusement menacée à une échéance prochaine.

Le premier moyen qui se présente à la pensée, dans ces cas, est, à mon avis, l'emploi des antiphlogistiques, et, pour peu que l'état de constitution du sujet le permette, c'est aux sangsues sur le trajet du côlon ou à l'anus qu'on peut recourir. Je sais toutes les objections qu'on peut faire aux saignées locales dans le cas qui nous occupe, mais ma défense est que le danger immédiat est si menaçant que, pour le conjurer, il n'y a à reculer devant aucun moyen, quelque précaire qu'il soit.

Les grands bains, les grands lavements émollients, sont indiqués ici plus qu'ailleurs. On a conseillé aussi, depuis Zimmermann, l'application d'un vaste vésicatoire abdominal agissant comme révulsif. Je n'ai pas d'opinion suffisante sur ce moyen, que j'envisage de bon œil, à condition que ce grand vésicatoire soit tout temporaire, volant, en d'autres termes. Si ces premiers moyens ne réussissent pas à amender heureusement la maladie, il faut recourir à des agents plus puissants et que nous étudierons tantôt en parlant de la dysentérie du troisième degré pour éviter le plus possible les redites.

Quelle nourriture donner au malade qui est atteint de dysentérie de moyenne intensité? Après avoir essayé les divers agents bromatologiques un assez grand nombre de fois pour avoir une opinion bien arrêtée, je dis, sans hésitation aucune : le lait est le meilleur des aliments qu'on puisse donner en pareil cas; c'est une nourriture parfaitement appropriée en même temps qu'une boisson convenable, et cette dernière condition ne manque pas d'avoir son importance ici, car les malades ont une soif impérieuse, et suivant la boisson qu'ils prendront, la maladie marchera souvent bien ou mal. Mais il est inutile d'insister, ce que je vais avoir à dire tantôt en parlant du traitement et de l'alimentation dans le troisième degré de la dysentérie me permet de m'arrêter ici, touchant la dysentérie du deuxième degré.

Troisième degré. — Dysentérie grave.

Soit que l'affection ait débuté avec une grande violence et qu'elle arrive d'emblée, pour ainsi dire, au troisième degré, soit qu'elle ait été trop faiblement influencée par la médication qui lui a été opposée, nous supposons maintenant le cas où elle présente la sévérité la plus grande qu'on puisse lui reconnaître.

Les antiphlogistiques sont, on le comprend, les moyens du début dans cette occurrence, et si la maladie débute avec violence, on ne manquera pas d'y recourir, à moins de contre-indication bien accusée de la part des individus ; car la question de l'anémie consécutive aux émissions sanguines devient secondaire maintenant. Il faut d'abord empêcher le malade de mourir de suite ; on avisera ensuite, si besoin est, car le danger immédiat est si grand, que tout disparaît devant lui. Dans tous les cas les grands bains, répétés jusqu'à trois et quatre fois par jour, les embrocations émollientes sur l'abdomen, les larges irrigations intestinales à l'eau tiède sont plus que jamais de mise.

L'ipéca à la brésilienne se présente aussitôt après et concurremment, pour mieux dire, à l'esprit ; il peut donner, dans quelques circonstances, d'excellents résultats ; il faut, le plus souvent, augmenter la force du médicament, et pour cela on a conseillé de donner dans les premiers jours une véritable décoction de 8 à 12 grammes de racine d'ipéca. Dans ce cas, la même racine ne sert que pour une fois. On produit ainsi une sédation générale plus profonde, et souvent cette influence thérapeutique est efficace.

Pour ne pas être gagné de vitesse par la maladie, car il ne faut pas oublier que la moindre temporisation peut être funeste, il y a longtemps que j'ai pris le parti de prescrire une potion de deux grammes de poudre d'ipéca et de cent grammes d'eau à prendre par cuillerées, de demi en demi-heure, en attendant que la préparation de l'ipéca à la brésilienne soit prête. En outre, je fais faire une décoction de quatre ou huit grammes de racine d'ipéca pour la donner en un quart de lavement, à un moment de répit des douleurs intestinales, afin d'avoir plus de chances pour qu'il soit conservé quelque temps. Si on veut bien y réfléchir un instant, on voit que la conduite ici est absolument semblable à celle que l'on suit dans la pneumonie : atteindre les premiers accidents par les sangsues ; donner une potion contro-stimulante, de manière à déprimer vite et profondément le sujet, et on peut dire que, dans cette lutte qui s'établit entre le médecin et la maladie, l'énergie et la rapidité d'action ont une grande influence sur le résultat.

danger a disparu, que je reviens au sulfate de soude. Il m'est arrivé de donner pendant huit, douze, quinze jours ces pilules d'ipéca, sans calomel bien entendu, sans en diminuer les doses et, chose remarquable, sans que le malade eût des vomissements. On eût dit que la tolérance s'était établie, et que l'action curative seule se produisait.

Nous avons maintenant à parler de certaines complications qui peuvent se présenter dans le cours de la dysentérie grave.

Dans la dysentérie hémorrhagique, j'ai obtenu parfois de bons effets, soit de l'emploi du perchlorure de fer en lavement, soit de préférence de l'emploi de un ou deux grammes d'ergotine dans 250 grammes d'eau, introduits dans le rectum et conservés aussi longtemps que possible. Qu'on me permette d'insister sur ce fait que, lorsque la dysentérie hémorrhagique se manifeste brusquement au début de l'hivernage, chez certains sujets qui viennent des quartiers marécageux et que la sécrétion sanguine est considérable, hors de proportion avec les autres symptômes, constituant une véritable hémorrhagie intestinale, il faut avoir l'esprit tendu vers le paludisme et ne pas oublier de donner, concurremment aux antidysentériques, la quinine à doses élevées.

Lorsque la complication hépatique se manifeste, il faut chercher à tout prix à éteindre la réaction du foie, si on ne veut voir survenir très-prochainement un abcès qui aggravera terriblement la situation. Mais le médecin est-il bien puissamment armé, dans ce cas, pour obtenir ce qu'il désire? Hélas, non! et trop souvent il assiste, impuissant, à une évolution morbide plus forte que ses moyens de lutte ne sont efficaces. Les révulsifs locaux, et particulièrement les grands vésicatoires qu'il applique dans ce cas sur la région douloureuse, n'ont trop souvent pour résultat que de masquer ou faire disparaître le symptôme de douleur, sans empêcher la phlegmasie hépatique de marcher vers la suppuration.

La complication typhoïde, ce qu'on a appelé la dysentérie putride, angréneuse, maligne, ataxo-adynamique, etc., etc., n'est pas très-difficile à expliquer au point de vue du mécanisme des accidents: c'est une absorption funeste des produits septiques de l'intestin qui fait tout le mal. Cette théorisation met sur le chemin des indications thérapeutiques, qui sont au nombre de deux: A. lutter contre la maladie proprement dite, c'est-à-dire contre la dysentérie; B. lutter contre l'infection septique qui est en train de tuer le malade plus vite et plus sûrement encore que le progrès de la dysentérie elle-même.

Je n'ai pas à parler de la première indication; il me faudrait

répéter ce que je viens de dire touchant le traitement de la maladie. Quant à la seconde, je signalerai d'un mot qu'il faut à tout prix soit neutraliser, soit évacuer les matières septiques que contient l'intestin.

Les grandes irrigations de cet intestin se présentent ici avec quelques recommandations; si surtout elles sont pratiquées avec une eau rendue désinfectante par l'adjonction du permanganate de potasse, de l'acide phénique, du sulfate de fer, elles peuvent produire bon effet.

Les lavements qui agissent topiquement sur l'intestin, comme ceux qui contiennent de la teinture d'iode, du nitrate d'argent, peuvent faire bon effet ici dans l'intervalle des grandes irrigations évacuatrices et désinfectantes, en modifiant la surface malade du gros intestin.

Il m'aura suffi, j'espère, de montrer l'indication thérapeutique et de citer un des nombreux moyens qu'on peut employer pour la satisfaire. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, qu'il faudra aborder avec tous les détails qu'il comporte dans une monographie où la place ne sera pas aussi exiguë que dans ce présent travail.

Ajoutons seulement, pour le moment actuel, que les moyens généraux employés habituellement dans les phénomènes dits typhoïdes, depuis la quinine jusqu'au musc et à l'acétate d'ammoniaque, en passant par les potions alcooliques, sont données concurremment; mais disons aussi que, dans ces conditions, la vie est si terriblement menacée que, bien rarement, hélas! on verra le patient en réchapper.

Il nous faut ici, comme pour le second degré, parler de la tisane et de l'alimentation que l'on prescrira au malade. Or, d'après ce que j'ai dit précédemment, on pressent ce que je vais dire encore. Pour calmer la soif dévorante du malheureux qui est le plus souvent dans un état nauséeux des plus pénibles je fais donner de petits fragments de glace à fondre dans la bouche en lui rappelant que moins il absorbera de liquide aqueux mieux cela vaudra, et je lui prescris du lait comme alimentation. Le lait est vraiment le médicament et l'aliment par excellence des flux de ventre, si j'en crois mon observation personnelle. On me permettra de ne pas rapporter à son sujet toutes les opinions qui ont été formulées. Dans un travail de la nature de celui-ci, je ne puis faire de l'érudition, et par conséquent présenter l'historique des fluctuations qui ont eu cours de siècle en siècle au sujet de l'emploi de ce liquide dans la diarrhée et la dysentérie.

Je dirai seulement que le Dr Bestion, que je trouvai à la Marti-

nique en 1875, me parla des essais qu'il avait faits à l'hôpital de Lorient touchant cette action du lait dans la dysentérie aiguë, essais qu'il a consignés dans sa thèse inaugurale (Montpellier). Frappé de ce que ce jeune camarade, dont j'ai appris à apprécier les bonnes idées touchant la pathologie exotique, me disait, je me mis à expérimenter de mon côté, et j'en suis arrivé à prescrire comme tisane et aliment, au moins un litre de lait par jour aux individus que j'ai eu à soigner de la dysentérie la plus grave. Je recommande de donner le lait par petites prises, trente à cinquante grammes à la fois, et assez loin des prises de la potion ou des pilules d'ipéca, pour éviter le vomissement, et bientôt le malade sait bien le moment où il peut ingurgiter un peu de lait sans vomir. Dès que les symptômes s'amendent et que la maladie tend à amaigrir l'individu, tout en restant encore à l'état de grande gravité, j'augmente la proportion de lait, arrivant à un litre et demi ou deux litres, parfois même trois litres, et pendant plusieurs jours le malade n'introduit souvent absolument dans son tube digestif rien autre chose que la potion ou les pilules d'ipéca (1 à 2 grammes de poudre en nature ou bien 4 à 8 grammes de racines en infusion), un peu de sirop d'opium et du lait. Sous l'influence de ce liquide, qui a le double avantage d'être éminemment digestif et de ne mettre que de très-minimes résidus solides dans l'intestin; on voit les désordres se réparer vite et bien; la guérison survient alors beaucoup plus vite et beaucoup mieux que par une autre alimentation.

Comme je le dirai plus loin, en parlant de la diarrhée ou de la dysentérie chronique, le lait, à la dose de quatre ou cinq litres, constitue une bromatologie très-suffisante pour entretenir la vie pendant des semaines et des mois même, de sorte que le médecin peut s'attarder à le prescrire sans aucune autre adjonction, pour peu que le malade soit assez intelligent pour seconder ses efforts. Pour ma part je me suis volontiers laissé aller à tenir le sujet qui avait eu une atteinte de dysentérie sévère au régime du lait pur pendant trois, quatre jours après que ses selles étaient moulées, ne donnant d'abord qu'un peu de pain, puis un peu de fromage de Gruyère avec ce pain, puis enfin des œufs et enfin n'abandonnant le régime lacté que peu à peu, d'une manière pour ainsi dire insensible. Et je ne crains pas de dire que j'ai obtenu de si bons résultats à la Martinique, que je conseille très-vivement pareille manière de faire.

TRAITEMENT DE LA RECTITE DYSENTÉRIQUE.

D'Ormay, en faisant connaître la rectite dysentérique, c'est-à-dire en nous fixant d'une manière précise sur les altérations anatomiques, les symptômes et les allures de la maladie, a naturellement complété son enseignement par la thérapeutique, et c'est, peut-on dire, le succès même de cette thérapeutique qui a fait cesser tous les doutes qui auraient pu s'élever contre son opinion, car on lui voyait guérir en Cochinchine, sans difficulté et d'une manière solide, des atteintes qui, jusque-là, avaient présenté une résistance obstinée aux traitements mis en usage.

Ce que nous avons dit précédemment des altérations locales de cette rectite, nous indique, *a priori*, que le traitement local doit jouer ici un rôle prédominant et presque exclusif, pourrait-on ajouter. En effet, si l'emploi de certaines substances, introduites dans le tube digestif pour rendre les selles plus molles et même liquides pendant un certain temps, peut avoir quelque utilité, cette utilité n'est, on le comprend, que secondaire, puisque leur rôle se borne uniquement à ne pas détruire, par l'action topique des selles dures au moment de leur passage, l'action efficace de la médication topique employée directement contre l'affection.

Quand on se trouve en présence d'un cas de rectite dysentérique, la première indication, on le comprend, est d'amollir les selles. Par conséquent, on prescrira au malade une alimentation dite relâchante, on s'attachera à rendre ses selles pâteuses, sinon liquides, pour une raison qu'il serait superflu d'insister. Les aliments qui laissent un résidu assez abondant, comme les légumes verts, par exemple, entreront pour une large part dans le régime, si telle condition étrangère ne vient modifier la situation. De plus, on conseillera soit l'usage de certains fruits acidulés, comme les oranges, pour obtenir ces selles molles. Des préparations de manne seraient, à la rigueur, de mise ; mais répétons-le, au risque de revenir une fois de trop sur le sujet, ce n'est pas l'action purgative, mais l'action relâchante que l'on poursuit. Cette raison fait que les sels de soude ou de magnésie seront laissés de côté, à moins d'indications tout à fait spéciales.

Il n'est pas mauvais de faire prendre au malade des lavements émollients toutes les fois qu'il commence à éprouver l'envie de venir à la selle, ces lavements ont pour but de liquéfier ou ramollir les fèces et, par conséquent, ils doivent être pris en petites quantités à la fois, de manière à ce qu'ils ne distendent pas trop l'intestin et ne

provoquent pas un impérieux besoin de défécation. Lorsque la selle est faite, il sera bon, chez certains individus, de donner encore un petit lavement d'eau pure destiné à laver les parties profondes du rectum et déterger les ulcérations de la matière fécale qui peut y être restée adhérente; l'utilité de cette petite précaution se comprend si bien, d'ailleurs, que nous n'avons pas besoin de nous étendre davantage sur elle.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé, on le voit, que des moyens secondaires, nous arrivons maintenant à la médication vraiment importante, je veux parler des moyens topiques médicamenteux à mettre en usage, car les lavements émollients, s'ils ont déjà par eux-mêmes une action de lavage, de détersion ou de sédation de l'irritation locale, ne peuvent pas agir néanmoins bien activement.

Pour guérir les ulcérations plus ou moins profondes de la rectite, les lavements astringents ont été mis en œuvre; et depuis la solution de tannin, de zinc, d'alun, jusqu'au perchlorure de fer, il y a, on le comprend, une gamme qui peut passer par de nombreuses gradations.

Donnerons-nous des formules? C'est inutile, à mon avis: l'alun en solution depuis 1 ou 2 grammes jusqu'à 10 grammes pour 200 grammes, le tannin de 1 à 4 grammes pour la même quantité d'eau, les extraits de ratanhia, simarouba, cachou, etc., etc., à la dose de 1 à 4 grammes, les décoctions d'écorce de chêne, de tan, d'écorces de palétuvier ou tel autre arbre contenant beaucoup de tannin, peuvent se concentrer plus ou moins sans aucune difficulté.

Il ne faut pas commencer par des doses trop élevées, car la sensibilité de la muqueuse rectale est assez grande, et il importe de la ménager, aussi dans le début l'adjonction de narcotiques aux astringents n'est pas une mauvaise manière d'agir.

C'est en général par les injections de plus en plus astringentes que l'on commence le traitement de la rectite, mais il y a un autre moyen qui fournit parfois de bons résultats, je veux parler du lavement au nitrate d'argent. J'en ai retiré, pour ma part, les meilleurs effets; aussi, malgré que ce moyen soit assez douloureux, j'y recours volontiers dans maintes circonstances. Les lavements au nitrate d'argent se font à la dose de 1 ou 2 grammes pour 125 grammes d'eau. Je n'ai pas employé la formule de Delioux, c'est-à-dire l'addition d'albumine, car je me préoccupe surtout des moyens de faire arriver la solution argentique pure au contact de la muqueuse, au lieu de chercher à atténuer son action topique. Il est inutile de dire que les quarts de lavements au nitrate d'argent doivent être donnés avec une seringue en verre, afin que la réduction du sel argentique

sur les parois de l'irrigateur ne fasse pas un étamage de l'instrument au détriment de l'action thérapeutique que l'on se propose d'exercer.

Il est assez rare qu'un seul lavement au nitrate d'argent suffise, il faut en général en prescrire plusieurs jours de suite. Je n'en donne, pour ma part, qu'un par jour, de peur d'irriter les parties outre mesure. Je n'ai pas besoin de théoriser longuement au sujet de l'action du sel argentique dans le cas qui nous occupe, c'est celle de la *pierre infernale* sur les plaies, et il suffit de l'avoir dit pour n'avoir pas besoin d'insister plus longuement.

La rectite présente une résistance plus ou moins grande aux moyens de traitement suivant les sujets et les époques. J'en ai vu céder très-bien aux moindres moyens, guérissant même sans soins. D'autres, au contraire, ne pouvaient être amendés par une médication locale et générale (aliments capables de rendre les selles molles, manne dans le même but, lait, purgatifs pour modifier la sécrétion biliaire et fournir ainsi des selles moins agressives topiquement pour la muqueuse rectale) des plus sévères, des mieux combinées et des plus longtemps poursuivies. Aussi ne peut-on pas dire que tel moyen plutôt que tel autre doit être préféré. C'est en les essayant comparativement, en les employant successivement qu'on arrive à voir ce qui réussit le mieux à chaque sujet en particulier..

D'Ormay employait fréquemment le speculum ani dans la rectite dysentérique, d'abord comme moyen de diagnostic et pour montrer à ses élèves les lésions anatomiques de la maladie, ensuite pour aider à la thérapeutique. D'après ses indications, j'ai souvent, pour ma part, recours à l'exploration directe, pour peu que la maladie résiste aux moyens dirigés contre elle. Je n'ai pas besoin de dire avec quel ménagement il faut introduire l'instrument pour éviter des douleurs au sujet ; l'emploi des pommades et des suppositoires narcotiques est du meilleur effet, on le comprend et, par conséquent, parfaitement indiqué. Le speculum permet de voir parfois les ulcérations qui entretiennent la sécrétion morbide, et il faut alors soigner ces ulcérations absolument comme les plaies et les ulcères : cautérisation au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, teinture d'iode ou à tel autre caustique superficiel indiqué, application topique de poudres astringentes, narcotiques, etc., etc., plumasseaux disposés en tentes, etc., etc. Cette médication toute locale faite avec précision, puisqu'on voit les ulcérations et qu'on limite l'action des modificateurs aux parties qui en ont besoin, a souvent les meilleurs effets, aussi je l'emploie volontiers, ai-je dit, pour peu que le cas soit rebelle, et je conseille d'imiter ma pratique, qui n'est

d'ailleurs inspirée que par les conseils que D'Ormay donnait lui-même.

On peut, dans l'intervalle des cautérisations pratiquées à l'aide du speculum ou sans son secours, faire des injections émollientes ou détersives; on s'est bien trouvé d'injecter alors du liniment olé-calcaire, si utile parfois sur les brûlures, le lait de sous-nitrate de bismuth que M. Caby a préconisé contre l'uréthrite, peut donner de bons résultats, les suppositoires ou les mèches enduites de corps calmants ou légèrement astringents, quand l'irritation a bien disparu, sont aussi de bons adjuvants.

Le lecteur voit toute l'importance du traitement topique ou local dans le cas qui nous occupe, et il comprend que, comme dans les plaies, les ulcères et même ajoutons les écoulements uréthraux, car la rectite a souvent plus d'une ressemblance avec eux, c'est plus la manière d'employer les divers médicaments eux-mêmes qui guérissent, peut-on dire. Je terminerai en disant encore que tantôt la maladie cède avec une facilité remarquable aux moindres efforts, tantôt elle résiste d'une façon étrange aux moyens les plus variés et les mieux dirigés. Nous allons fournir un exemple qui fixera les idées à ce sujet, il nous montrera même que la thérapeutique a pu engendrer une entérite d'une certaine gravité sans modifier en rien la lésion intestinale.

Observation IX.

Rectite dysentérique méconnue. — Traitement général provoquant une entérite sans modifier le flux de ventre. — Traitement topique. — Guérison rapide.

Rossignol, soldat d'infanterie, âgé de 24 ans, né dans l'Yonne. A la Martinique depuis 30 mois sans y avoir été malade. Entré à l'hôpital de Saint-Pierre le 14 janvier; il est atteint depuis une quinzaine de jours; au début, diarrhée bilieuse avec coliques et embarras gastrique, puis tous les phénomènes généraux se sont calmés, tandis que les selles ont continué à contenir de plus en plus de *sang* et *de la graisse* au dire du malade. — Prescription : Spe; tis. riz; deux doses de lait manné à 15 gr.; 4 gr. de racine d'ipéca à la brésilienne pour le lendemain matin; 12 selles liquides peu abondantes, sanglantes dans les 24 heures.

Le 15 janvier, même état des selles; pas de fièvre; nausées à la suite de l'ingestion de l'ipéca. — Spe; tisane de riz; ipéca n° 2 pour le lendemain matin.

Le 16 janvier, il n'y a pas de changement. On donne la troisième macération d'ipéca, puis la quatrième, on essaie les pilules d'opium, le sous-nitrate de bismuth jusqu'au 24, et aucun effet n'ayant été produit, on donne de nouveau la macération d'ipéca, puis encore le bismuth.

Le 2 février, aucune amélioration ne s'étant produite, on essaie le petit lait manné et l'opium. On revient au bismuth le 7, et enfin le 10, voyant qu'il n'y avait aucun résultat, on administre 1 gr. de calomel qui provoque des évacuations très-abondantes, puis on voit réapparaître des selles naturelles baignées de mucus et de sang, excrétées avec quelques coliques.

On revient au petit lait manné. Le 15 février, on essaie un quart de lavement avec 6 gr. de sous-nitrate de bismuth ; mais ces lavements, continués jusqu'au 29, ne font pas changer les caractères ; selles sanglantes et muqueuses, frai de grenouille, au nombre de six à dix par jour, contenant parfois une ou deux fois par jour des fragments de matière fécale louable et moulée.

Le 29 février, on emploie des pilules contenant 1 gr. de poudre d'ipéca, 0,50 de calomel et 0,05 d'opium ; on continue ainsi jusqu'au 3 mars, puis on revient aux lavements de bismuth. Mais aucune amélioration des selles n'est obtenue; le sujet, maintenu à la soupe ou au demi-quart, a pâli ; il n'a pas de fièvre ; il demande à manger avec insistance ; on continue la médication jusqu'au 20 mars, moment où Rossignol obtient, après des sollicitations réitérées, son exéat.

Mais dès le 22 mars il est renvoyé à l'hôpital pour la même affection ; on recommence à lui donner l'eau de riz et les lavements au bismuth ; on ajoute le 29 mars une potion avec 1 gr. de cachou et 1 gr. de laudanum.

Le 3 avril, n'obtenant aucune amélioration, on revient aux pilules de calomel et d'ipéca, qu'on continue jusqu'au 18 avril sans interruption, et l'observation de chaque jour dit : selles souvent naturelles, toujours accompagnées de sang et de mucus intestinal ; bon de sommeil ; pas de coliques ; état général satisfaisant ; le malade demande à manger.

Le 19 avril, un accès de fièvre est signalé ; les selles sont composées d'un liquide séro-purulent et sanglant, remplissant le fond du vase et baignant un morceau de matière fécale parfaitement naturelle. Pouls 124 ; Température axill. 40,3 ; 1 gr. de quinine avec 0,025 milligr. d'extrait d'opium en six pilules. Le soir, la fièvre continue ; abdomen douloureux ; envies fréquentes d'aller à la selle ; lavement amylacé laudanisé le soir.

Le 20 avril, amélioration de l'état fébrile ; langue saburrale ; douleurs épigastriques s'exaspérant à la pression ; même état des selles ; encore 1 gr. de quinine.

Le 21 avril, T. 39,4, pouls 104 ; violente céphalalgie ; pas de selles dans la nuit ; la muqueuse du pharynx est rouge, un peu tuméfiée ; quelques râles crépitants, puis fugaces au-dessous de la clavicule gauche ; lait sucré ; macération de 8 gr. de racine d'ipéca additionnée de 20 gr. de sirop diacode ; 1 gr. de quinine conditionnellement.

Le soir, T. 40,2, pouls 105 ; trois épistaxis dans la journée ; plusieurs vomissements sous l'influence de l'ipéca ; courbature ; douleur à la gorge ; une selle en partie dure avec du mucus et du sang.

Le 22 avril, T. 38,5, P. 100 ; la céphalalgie diminue ainsi que la douleur à la gorge ; la toux est moins fréquente ; courbature ; urines rouges ; trois selles. Bouillon ; 20 gr. de sulfate de soude ; frictions camphrées et cata-

plasme sur l'abdomen; 0,60 de sulfate de quinine : potion avec 2 gr. d'extrait de quinquina et 60 gr. de Madère.

Le soir, T. 39,5, P. 106; dix selles liquides séro-bilieuses; pas de céphalalgie quand le malade ne tousse pas; crampes dans les membres inférieurs; grande faiblesse. Bouillon; même potion au quinquina; 2 quarts de lavement avec la décoction de quinquina et 10 gouttes de solution d'acide phénique au 100e. — Soir, frictions à l'alcool phéniqué; 0,50 de quinine; T. 40,9, P. 112; trois selles liquides peu copieuses; légère céphalalgie.

Le 24, trois selles; épistaxis; T. 30,9, P. 100; soif vive; même prescription. — Soir, T. 39, 1, P. 102; quatre selles; encore des épistaxis; même prescription.

Le 25, T. 38,2, P. 76; épistaxis; quatre selles. Bouillon; même prescription. — Soir, T. 38,0, P. 72.

Le 26, T. 37,5, P. 72; trois selles; amélioration; eau vineuse; même prescription. — Soir, T. 37,0, P. 72; même état des selles; épistaxis vers midi.

Le 27, T. 36,5, P. 66; selles liquides, toujours séro-sanglantes, avec des portions parfaitement naturelles. — Soir, T. 36,5, P. 64; riz gommé; 2 quarts de lavement amylacé; 0,60 s. quin.; 0,05 opium.

L'état général s'améliore, mais les selles sont toujours dans le même état; divers moyens sont de nouveau tentés sans aucun succès et, de guerre lasse, Rossignol est évacué le 3 mai sur l'hôpital de Fort-de-France, où il est mis à l'usage d'un peu de manne. Pour rendre les selles molles, des cautérisations au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, sont pratiquées à l'aide du speculum; lavements au nitrate d'argent et au perchlorure de fer, et le 26 cet homme peut être considéré comme entièrement guéri.

Si le lecteur a lu avec quelque attention cette observation, il a vu que Rossignol était porteur d'une simple rectite sans réaction générale, et que, sous l'influence d'un traitement intempestif, une véritable entérite se développa, faisant courir quelques dangers au malade sans que les médicaments pris par la bouche aient jamais pu modifier les selles. Le traitement topique, au contraire, a produit en peu de temps une guérison solide sans la moindre difficulté. Certes, ce n'est pas pour jeter le blâme sur le médecin qui a soigné Rossignol, que j'ai rapporté cette observation, et c'est intentionnellement que je n'ai pas précisé davantage l'époque où ce fait s'est passé car, je le répète, je ne voudrais, ni de près ni de loin, qu'on pût penser quelque chose de déplaisant pour celui qui a été moins heureux, mais ce que je veux bien montrer c'est que, dans les cas de rectite, on donnerait à tort des médicaments destinés à agir d'une manière générale, c'est la médication topique seule qui peut fournir de bons effets dans ce cas.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE.

L'occupation de la Cochinchine par nos troupes et nos équipages, ayant multiplié d'une manière tout à fait inusitée les cas de diarrhée chronique des pays chauds, qu'on a appelée et appelle encore le plus souvent aujourd'hui diarrhée de Cochinchine, a fixé les idées sur le traitement des plus choniques du ventre, et jeté un jour très-heureux sur maintes opinions qui avaient suscité des discussions restées sans solution. En effet, quand on lit les études sur la dysentérie faites par les auteurs des époques antérieures à la nôtre, on voit des prescriptions sur lesquelles on était loin d'avoir une opinion arrêtée il y a quelques années, et sur le compte desquelles on sait très-bien à quoi s'en tenir aujourd'hui. Je vise surtout le traitement lacté en disant ceci :

Je n'ai pas à faire l'historique de ce traitement lacté, car, dans une étude du genre du présent travail, il me faut laisser de côté tout ce qui touche à l'érudition; mais, en revanche, je dirai que j'ai eu, au Sénégal, à la Martinique, et surtout dans le vaste hôpital de Saint-Mandrier, dont j'ai dirigé le service médical pendant dix-huit mois, l'occasion de voir un assez grand nombre de malades atteints de flux de ventre chroniques pour avoir, sur les divers moyens de traitement et en particulier sur les diverses variantes du régime lacté, une certaine expérience. Or, aujourd'hui mieux que précédemment, je puis dire pour ma part, me basant sur les essais de mes camarades comme sur les miens propres, que le régime lacté est encore le meilleur moyen de traitement que nous connaissions. J'ai vu, sous l'influence de ce régime lacté, les cas légers disparaître avec une facilité remarquable, les cas moyens céder d'une manière très-heureuse autant que solide, et un très-grand nombre de cas graves guérir d'une façon tout à fait inespérée. J'ajouterai que la Martinique est le pays où le régime lacté m'a paru se faire dans les meilleures conditions de réussite et je compte, dans les faits de ma pratique, des résultats qu'on appellerait volontiers presque des résurrections. C'est au point que si la chose n'était pas paradoxale au dernier point, on pourrait dire que la Martinique est un des points vers lesquels on pourrait diriger les individus atteints de diarrhée de Cochinchine pour guérir leur intestin. Il est vrai qu'ensuite il faudrait les ramener en Europe pour les guérir de leur séjour aux Antilles. Donc, qu'on n'aille pas penser que je propose d'expédier à la Martinique les individus qui rentrent malades de Cochinchine; j'ai simplement voulu montrer par là combien la ma-

ladie guérissait bien, et d'une manière relativement facile dans la colonie.

Si je faisais un traité didactique de la diarrhée chronique, il me faudrait présenter ici une étude approfondie du régime lacté, décrire ses principales variétés auxquelles je donnerais, à l'exemple de mes prédécesseurs dans cette voie, des noms spéciaux ; mais, ne perdant pas de vue le but de mon travail actuel, je vais dire simplement ce qu'il faut faire dans les cas très-graves de diarrhée chronique des pays chauds, il en découlera naturellement ce qu'il faut prescrire dans les cas moyens, et enfin dans les cas légers. J'arriverai, je crois, de cette manière, à fournir quelques indications pratiques utiles à ceux de mes jeunes camarades qui débutent dans la pratique.

1° *Cas graves de diarrhée chronique.* — Lorsque je me trouve en présence d'un cas de cette nature : je commence naturellement par examiner d'un coup d'œil rapide tout l'individu ; c'est ainsi que je m'enquiers de l'âge, du lieu de naissance, de la durée du séjour dans les pays chauds, de l'époque de l'invasion de la maladie, et, comparant ces divers termes de la question à l'état de délabrement physique de l'organisme, j'en déduis la gravité de l'atteinte, c'est-à-dire un premier point dans la question des chances de guérison, en d'autres termes de pronostic.

L'examen du malade étant fait, je demande à voir les selles, et je ne fais en général de prescription, ou au moins de prescription vraiment médicamenteuse, qu'après avoir vu ces selles avec un certain soin.

L'examen des selles me montre du premier coup si les aliments sont ou non digérés, et très-généralement je prescris dans le premier moment deux ou trois litres de lait additionnés de 60 gr. d'eau de chaux et 20 ou 30 gr. de sirop d'opium pour le premier nycthémère ; les 60 gr. d'eau de chaux sont mis dans une bouteille à part et pris séparément, c'est-à-dire seulement si besoin est. Le lendemain du jour où le sujet n'a pris que du lait, je puis mieux qu'avant apprécier l'état des selles et, par conséquent, l'étendue des lésions, ou, si on aime mieux, la gravité de la maladie ; c'est qu'en effet, quand le sujet avait eu une alimentation plus complexe, ou bien avait pris du sous-nitrate de bismuth, des préparations astringentes, il était difficile, parfois impossible même, de se rendre un compte exact de la situation.

L'individu ayant donc pris du lait seulement la veille, ses selles se présentent en général à mes yeux dans un des huit aspects différents :

1° Liquides, grises, sans grumeaux, séreuses, pour me servir du mot consacré ;

2° Liquides, brunâtres, tirant sur le jaune-ocre très-foncé ou verdâtre, bilieuses en d'autres termes ;

3° Liquides, de couleur gris-blanchâtre avec des petits corpuscules verdâtres plus ou moins abondants, véritables *épinards hachés*, comme on dit.

4° Liquides, surnagées par une substance boursoufflée blanche ou jaunâtre assez semblable à des œufs battus, et mieux encore, à une omelette soufflée.

5° Cet aspect d'omelette soufflée avec coloration verte plus ou moins accusée.

6° Liquides, grises, avec un peu de sang, disposé absolument comme si on avait fait cracher un pneumonique au milieu d'une selle liquide.

7° Boursoufflées avec plusieurs îlots de sang mêlé comme dans la dysentérie aiguë.

On trouvera peut-être que j'ai augmenté à plaisir le nombre des cas qui peuvent se présenter, et cependant je dois dire au lecteur que j'ai laissé de côté plus d'une variété qui fait la transition d'un aspect à un autre et, d'autre part, j'ajouterai que ces distinctions qui paraissent minutieuses de prime abord ont néanmoins leur grande importance. Je suis certain que si j'ai obtenu quelques succès dans ma pratique, c'est seulement parce que j'ai été bien pénétré de la grande nécessité qu'il y a, pour le traitement, de tenir un compte très-exact de ces divers aspects.

1° Les selles sont liquides, de couleur gris très-clair et sans grumeaux, c'est le cas le meilleur, à mon avis ; je prescris alors trois ou quatre litres de lait à prendre en vingt-quatre heures, une potion avec trente grammes de sirop d'opium. De plus, j'ai fait donner à la sœur du service, ou bien à l'infirmier major de la salle, un litre d'eau de chaux, vingt paquets de 0,25 centigrammes de magnésie calcinée, et un litre d'eau additionnée de laudanum, de telle sorte qu'une cuillerée à bouche (20 gr.) contienne deux gouttes du liquide hypnotique de Sydenham, et j'ai fait la recommandation suivante : si le malade se plaint de gargouillements de ventre, de développements gazeux de l'estomac, alterner une cuillerée à bouche d'eau de chaux et un paquet de magnésie calcinée de dix minutes en dix minutes, jusqu'à concurrence de quatre cuillerées d'eau de chaux, et de un à deux grammes de magnésie par jour ; si, au contraire, il y a de la douleur gastralgique ou entéralgique, donner de l'eau laudanisée jusqu'à concurrence de huit gouttes de lauda-

num, c'est-à-dire quatre cuillerées. En mélangeant ces moyens, on arrive très-bien, en général, à provoquer la tolérance vis-à-vis du lait chez neuf sujets sur dix.

Lorsqu'on a fait cela pendant un jour ou deux, je donne volontiers 30 gr. de sulfate de soude dans 100 gr. d'eau à prendre en quatre fois dans le courant de la journée. Le lendemain, 25 gr., ainsi de suite, jusqu'à 5 gr. seulement, à mesure que l'amélioration se produit. Notons que j'ai continué à donner parfois le sulfate de soude à la dose de 5 à 10 gr. pendant huit, dix, quinze jours après que la convalescence paraissait bien établie, et j'ajouterai que loin de provoquer ainsi des selles liquides, je les rendais plus solides au point qu'elles étaient parfaitement moulées. Il est fréquent que les purgations journalières au sulfate de soude produisent une amélioration notable en peu de jours et arrivent peu à peu à densifier les selles jusqu'à les rendre moulées. D'autres fois même, ces selles restent liquides pendant les dix ou quinze jours où l'intestin est soumis à ces purgations régulières; si bien que, lorsqu'on cesse l'emploi du sulfate de soude, on voit les excrétions se modifier peu à peu et arriver à être bientôt plus ou moins moulées. Mais cependant dans quelques cas aussi, on sent qu'on n'a pas de prise sur la maladie. Il faut alors, quand on a insisté suffisamment sur les lavements au sulfate de soude, recourir à l'ipéca, et la formule la plus facile à faire tolérer est celle-ci : 1 ou 2 gr. de poudre d'ipéca, et 10 centigr. d'extrait gommeux d'opium à partager en dix pilules, prendre une de ces pilules d'heure en heure, si elles ne provoquent pas de nausées. On les éloigne l'une de l'autre dans le cas contraire, de manière à ce que le sujet ne soit pas sous l'imminence du vomissement, tout en tâchant de lui en faire prendre le plus grand nombre possible dans les vingt-quatre heures.

J'ai continué chez certains individus cet ipéca pendant cinq, huit, dix, quinze, vingt jours, et j'ai obtenu plus d'une fois, par son secours, des améliorations remarquables menant le sujet à la guérison prochainement. Ajoutons pour mémoire que je me trouvais très-bien de donner 30, 20 ou 15 gr. de sirop d'opium tous les soirs pour provoquer le sommeil, et que je faisais prendre chaque jour un ou deux quarts de lavement avec la décoction de 8 ou 4 gr. de racine d'ipéca jusqu'au moment où les selles étaient très-convenablement densifiées. Que l'on donne le sulfate de soude, l'huile de ricin ou l'ipéca par la bouche, il est deux détails importants qu'il ne faut pas négliger dans le traitement de la diarrhée chronique : 1° c'est, d'une part, l'usage des potions opiacées pendant la nuit ; 2° les lavements modificateurs ; je donne, en général, ces deux agents à tous mes

malades, quel que soit le traitement prescrit par ailleurs, et, après avoir fait de longues et nombreuses observations sur ce petit point de la thérapeutique, je suis arrivé à penser qu'ils ont une utilité de premier ordre, c'est au point que je crois devoir insister d'une manière toute spéciale sur leur compte.

1° *Potion opiacée.* — Quelle que soit la quantité d'opium que le sujet prend dans la journée sous forme d'eau laudanisée, par exemple, ou bien sous forme d'extrait gommeux d'opium entrant dans la confection des pilules d'ipéca, je prescris une potion opiacée pour la nuit. C'est en particulier le sirop d'opium que j'administre; la sœur du service, ou bien l'infirmier major, surveillent l'administration de cette potion nocturne de sirop d'opium, qui n'est donnée que cuillerée par cuillerée, de manière à ne pas provoquer un narcotisme dangereux. J'ai vu certains sujets arriver à prendre 15 à 20 centigr. d'opium dans les vingt-quatre heures, de cette manière, sans éprouver aucun accident d'hypnosie, tandis que l'état de leur intestin s'améliorait d'une manière très-remarquable. Il ne faut pas oublier que ce sont des cas exceptionnels et, en outre, que je parle d'hommes adultes et non de femmes ou d'enfants. D'ailleurs, en faisant exercer et exerçant soi-même un surveillance exacte et rigoureuse du sujet, on se met dans les conditions nécessaires pour empêcher des accidents.

2° *Lavements médicamenteux.* — Les lavements médicamenteux sont un puissant adjuvant du traitement de la diarrhée chronique, je l'ai constaté un si grand nombre de fois que je crois pouvoir être très-affirmatif à cet égard. Lorsque je donne du sulfate de soude, de l'huile de ricin ou de l'ipéca par la bouche, je prescris très-généralement un ou deux quarts de lavements médicamenteux par jour; ces lavements contiennent 20 gr. de sulfate de soude pour 200 gr. d'eau, ou bien une infusion de décoction de 4 à 8 gr. de racine d'ipéca dans la même quantité d'eau. Assez généralement, je donne un lavement sodique, si on ingère du sulfate de soude, un lavement à l'ipéca, si on ingère de l'ipéca; mais, plus d'une fois, je n'ai pas observé rigoureusement cette règle sans m'en trouver plus mal. Je continue ces lavements médicamenteux jusqu'à ce que les selles soient assez solides, moulées même, et je crois que le sulfate de soude ou l'ipéca ont sur le gros intestin un effet meilleur que les divers astringents employés communément.

Revenant maintenant à la question de l'alimentation qui est connexe de celle de l'emploi des médicaments, car cette alimentation est un agent thérapeutique de premier ordre, je dirai que :

Dès que les selles ont un peu diminué de nombre dans les vingt-

quatre heures, je prescris un œuf à la coque sans pain, puis quelques miettes de pain à melanger au lait et à l'œuf à la coque, et à mesure que les selles s'épaississent, j'augmente la quantité de pain, j'ajoute au lait 30, puis 60 gr. de fromage de Gruyère, enfin je fais essayer un peu de poisson, un peu de poulet, un peu de bœuf ou de mouton grillé ; ce n'est que lorsque les selles sont assez consistantes que je prescris un peu de bière, et enfin je dois ajouter que le vin ne vient qu'en dernière ligne, et après que les selles sont bien moulées depuis deux ou trois jours.

Il arrive assez fréquemment, malheureusement, que les malades ne veulent ou ne peuvent réellement pas se faire au régime lacté, de sorte qu'on ne peut les faire bénéficier de ce traitement si efficace le plus souvent. Dans ces cas de résistance du malade aux prescriptions du médecin, il y a des distinctions à faire : ainsi, dans nombre de circonstances, le refus vient d'une répulsion raisonnée. C'est tantôt un parti pris d'obstination ayant pour cause une sorte d'amour-propre mal placé, car il est bien des individus qui trouvent que le vin est la boisson virile, tandis que le lait, étant la boisson des femmelettes, ne peut leur être présenté.

D'autres fois, les malades ne veulent pas du régime lacté parce que la croyance populaire est qu'il donne le dévoiement, et qu'ils sont persuadés que leur dysentérie est entrenue par lui. Dans ces deux cas, il faut savoir amener le sujet à l'obéissance, soit par le raisonnement, soit par l'influence morale que doit exercer toujours le médecin sur celui qu'il soigne, mais il ne faut pas oublier que bien des fois la répulsion pour le régime lacté est basée sur quelque chose de plus réel que l'amour-propre ou l'idée préconçue, qu'il est le résultat d'une véritable révolte de l'organisme contre une boisson qui ne lui convient pas. Ainsi, il m'est arrivé bien des fois que, malgré la ferme volonté qu'avaient certains sujets, convaincus de l'utilité du moyen, soit parce qu'ils étaient assez instruits et intelligents pour avoir une opinion personnelle sur le régime lacté, soit parce qu'ils croyaient fermement en mes paroles, il m'est arrivé, dis-je, bien souvent, que certains individus très-disposés à suivre le régime lacté, ont été obligés de l'abandonner, vaincus qu'ils étaient, soit par la nausée, soit par le vomissement, soit par la diarrhée, l'indigestion, et, dans nombre de ces cas, l'opium, les alcalins, tous les moyens thérapeutiques usités en pareille occurrence sont restés impuissants.

Voici un cas où, malgré la bonne volonté du malade, il me fallut suspendre la médication, et où l'amélioration que je poursuivais en vain depuis plusieurs jours suivit de douze heures le chan-

gement de régime, c'est-à-dire assez vite et assez remarquablement pour pouvoir être considérée comme étant liée avec lui dans la relation de cause à effet.

OBSERVATION 000.

Dysentérie sanguine. — Moyens thérapeutiques variés doublés du régime lacté. — Persistance des selles de mauvais caractère. — Suspension du lait. — Amélioration immédiate. — Guérison prochaine.

Croisé (Julien), âgé de 23 ans, du département de l'Orne, soldat d'infanterie de marine, depuis un an à la colonie, entré une fois pour fièvre typhoïde, une autre fois pour fièvre bilieuse, une troisième fois, aujourd'hui 18 novembre 1875, pour dysentérie. Selles sanglantes, fréquentes coliques, ténesme, état fébrile, constitution anémiée. Prescription : lait ; 30 gr. sulf. sod.; 4 lavements émollients en 24 heures ; 0,75 sulf. quin. le soir.

Le 19. Un peu d'amélioration des selles ; accès de fièvre dans la nuit jusqu'au matin. — Lait ; eau gommée ; 30 gr. sulf. sod.; 2 lavements émollients dans la journée ; 0,50 s. quin. le soir ; potion 0,50 chloral pour la nuit.

Le 20. Cessation de la fièvre ; les selles sont toujours sanglantes dès que l'action du sulfate de soude est épuisée ; on continue le sulfate de soude. — Lait.

Le 21. Voyant que trois prises de sulfate de soude n'avaient produit aucune amélioration réelle, bien que l'état ne fut pas empiré, on recourt à la manne 30 gr.; 2 lavements émollients ; cataplasme abdominal ; lait ; un œuf le premier jour ; 10 selles contenant une portion inférieure des huit dixièmes de la hauteur, liquide, séreuse et jaunâtre ; une portion supérieure des deux dixièmes de la hauteur, comparable à des œufs battus et mousseux entremêlés de particules d'un vert foncé absolument comme des œufs battus en omelette aux herbes avant la cuisson.

Le 22. Même état ; même prescription d'aliments et de médicaments.

Le 23. Voyant que les selles sont toujours les mêmes et pensant que le foie a besoin d'être dégagé de la bile, je donne 30 gr. d'huile de ricin émulsionnée, 2 lavements émollients, 2 œufs et un litre de lait pour aliments. Les selles ne changent pas. Le malade s'affaiblit à vue d'œil et maigrit.

Les 24 et 25. On revient à la manne. Même état des selles.

Le 26. Croyant à l'indication de dégorger le foie à cause de l'état persistant de ces selles jaunes parsemées de particules vertes, je donne 0,60 centigr. de calomel ; les selles sont vertes sans excès, et le lendemain soir même reprennent le caractère d'œufs aux herbes.

Les 27 et 28. J'essaie, sans grand succès, les lavements avec la décoction de 8 gr. d'ipéca, en recommandant au malade de les garder pendant une demi-heure ; j'ai recours à ces lavements au lieu de la méthode brési-

lienne, parce que le sujet me paraît si faible que j'hésite à lui imposer une médication trop active.

Le 29. Le malade est très-affaibli. Il me dit qu'il fait tout pour surmonter le dégoût que lui inspire le lait, mais que, dès qu'il l'a avalé, il va à la selle deux ou trois fois et il ajoute qu'il le rend tel quel. Très-inquiet sur son compte, je lui prescris une soupe de riz à l'eau sucrée matin et soir et deux verres de bière pour boisson; 10 gr. sous-nitrate de bismuth à chaque; une seule selle en 24 heures.

Le 30. Même prescription; une selle moulée quoique molle, et peu abondante en 24 heures, elle est entourée d'un peu de mucus purulent.

Le 1er décembre. En présence de ce résultat, je donne de la soupe grasse additionnée d'un quart de pain coupé en tranches; un demi-lavement avec 2 gr. de perchlorure de fer. Je pense ainsi aller exercer une action topique sur tout le gros intestin, qui est douloureux çà et là à la pression.

Le 2. Amélioration sensible de l'état général; le lavement a produit peu de douleurs; une selle moulée ce matin. J'ajoute à la prescription d'aliments 30 gr. de fromage de Hollande, pâte grasse; un second lavement au perchlorure de fer.

Le 3. Deux selles liquides après le lavement d'hier, qui a fait plus souffrir que le premier; pas de selles dans la nuit; l'état général s'améliore à vue d'œil; mêmes aliments; 10 gr. de sous-nitrate de bismuth.

Il n'est pas possible de tracer des règles précises, on le comprend, pour cette alimentation des diarrhéiques, d'après ce que je viens de dire, mais cependant le médecin comprend sans peine, d'après ce que je viens de dire, quelle conduite il doit tenir dans ses prescriptions : lait pur tout d'abord, et jusqu'à amélioration sensible; lait et œuf; lait, œuf et un peu de pain; de fromage, jusqu'à amélioration bien marquée; poisson, bière, quand on a déjà beaucoup gagné; viandes blanches, puis ordinaires, et enfin, vin comme moyen terminal, voilà la gamme qui produit d'autant meilleur effet, que l'on a pu la parcourir de la manière la plus ménagée et la plus régulière.

2° *Selles liquides brunâtres, tinant sur le jaune-ocre foncé, ou verdâtres, selles bilieuses, en un mot.* — Lorsqu'un individu est dans ces conditions, je me suis très-bien trouvé, en général, d'insister sur les purgatifs, et en particulier sur l'huile de ricin pendant deux, trois, cinq et six jours même; souvent alors j'ai donné une, deux ou trois fois 30 gr. d'huile de ricin émulsionnée, puis une ou deux fois 25 gr., puis 20, puis 15 gr.; pendant ce temps je tenais le sujet au lait pur additionné d'eau de chaux ou d'autres alcalins et en déblayant, pour ainsi dire, le foie de ses produits biliaires. J'arrivais à mettre le sujet dans les conditions de la catégorie précédente.

3° *Selles liquides, de couleur gris-blanchâtre, avec des corpuscules verdâtres plus ou moins abondants, véritables épinards hachés, pour nous servir de l'expression consacrée.* — Il arrive souvent que les selles prennent ce caractère quand l'individu, qui était dans la catégorie précédente, voit son état s'améliorer un peu. Pour ma part, en présence de cette coloration des selles, je pense qu'il y a indication d'évacuer la bile, et je donne, avec une insistance très-grande, les purgatifs : huile de ricin émulsionnée au bout de trois ou quatre jours, sulfate de soude pendant trois ou quatre jours, puis je reviens encore à l'huile de ricin ; donnant 30, 25, 20 gr. d'évacuant, suivant l'état d'intensité de coloration.

4° *Selles liquides surnagées par une substance boursouflée blanche ou jaunâtre assez semblable à des œufs battus ou à une omelette soufflée.* — Lorsque les sujets présentent ces excrétions, j'estime qu'ils sont plus gravement atteints que dans les cas précédents, car c'est parce que le lait n'est pas digéré qu'il passe ainsi dans les selles. Je cherche alors à avoir des selles plus franchement séreuses, et c'est par les moyens précédemment indiqués que j'y arrive quand l'amélioration est possible ; seulement, c'est en tâtonnant que j'y parviens ; ainsi, j'essaie tour à tour le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca en pilules, en potion à la brésilienne, cherchant, quand j'emploie l'ipéca, à ne pas obtenir le vomissement. Les lavements sont ici plus que jamais les moyens auxquels je recours, soit qu'ils contiennent du sulfate de soude ou de l'ipéca.

En général, je prescris, dans ces conditions, le lait tout pur, sans pain, ni œuf, ni fromage, combattant les gaz intestinaux, les éructations, les gargouillements avec des alcalins et de l'opium, et maintes fois j'ai vu, par la persistance, les selles s'améliorer, et peu à peu la convalescence se produire ; je suis donc d'avis qu'il faut d'abord chercher, par la sévérité du régime lacté, à obtenir de meilleures selles dans le cas qui nous occupe. Je dois cependant dire au lecteur que, dans quelques circonstances, j'ai vu l'état rester mauvais, le malade s'affaiblir par ce traitement lacté sévère, et alors il m'est arrivé de prescrire des œufs, du jus de viande, de la viande crue ou du poisson, et, chose remarquable, il est survenu plus d'une fois, sous l'influence de cette modification du régime, une amélioration que j'avais vraiment cherchée d'une autre manière. J'aurai, d'ailleurs, l'occasion de le dire quand je serai arrivé à la fin du traitement de la diarrhée chronique ; ce n'est pas par le nombre des moyens thérapeutiques, mais par un emploi successif de tel ou tel dans un petit cercle d'agents, qu'on arrive à obtenir des guérisons qui paraissent difficiles, impossibles même, et souvent il arrive

que tel moyen qui avait échoué une première fois, réussit quand on y revient après avoir essayé autre chose sans succès. C'est plus par l'habileté du médecin que par la variété des médicaments que la diarrhée chronique guérit. Mais ajoutons quelque chose de très-important : c'est plus encore par la sage conduite du malade que par l'habileté des médecins ou l'efficacité des médicaments, que la guérison se produit ; ce point est important, capital, et je ne crains pas de dire que les chances de succès sont aussi grandes, quelle que soit la gravité de l'atteinte, lorsque le sujet fait son traitement et suit son régime avec attention ; qu'elles sont minimes, même en présence d'une atteinte légère, lorsque le malade est imprudent, intempérant ou manque de persistance pendant la durée de son traitement !

5° *Même aspect que les précédentes, avec une coloration verte plus ou moins accusée.* — Lorsque les selles contiennent les particules vertes dont j'ai parlé déjà, c'est qu'elles sont très-bilieuses ; j'y vois l'indication de la persistance dans l'emploi des purgatifs, et je donne assez volontiers alors pendant deux, trois, quatre jours de suite de l'huile de ricin émulsionnée à 30, 25, 20 gr., revenant au sulfate de soude, à l'ipéca, pour donner ensuite de nouveau de l'huile de ricin. L'alimentation est uniquement lactée dans ces cas, et ce n'est que lorsque les selles sont très-améliorées que je permets le pain, les œufs, la viande, à moins que je ne me trouve dans ces cas dont j'ai parlé, où il m'est bien prouvé que le régime lacté n'est pas bien toléré dans l'organisme, cas auxquels je suis bien forcé de donner le jus de viande, œufs, poisson, etc., etc.

6° *Selles liquides, grises avec un peu de sang disposé absolument comme si on avait fait cracher un pneumonique au milieu d'une selle liquide.* — Dans le cas présent, je diagnostique soit une rectite concomittante, soit un peu de recrudescence dysentérique au courant de la diarrhée chronique. Si c'est la rectite qui me paraît exister, je donne des lavements topiques au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, à l'alun, au tannin pour la guérir, et dans ces cas je prescris, par exemple, ces lavements le matin, le lavement au sulfate de soude le soir ; si, au contraire, c'est une recrudescence de dysentérie, je recours volontiers à l'ipéca en potion ou en pilules, pendant que, par ailleurs, les lavements et le régime lacté viennent concourir au même but.

7° *Selles boursouflées, comme je viens de le dire, contenant plusieurs îlots de sang.* — Cet état n'est, en somme, qu'une aggravation du précédent et, par conséquent, il lui est tout à fait comparable ; bien plus, ce qui est conseillé pour le précédent est de mise ici avec une persistance et une activité d'autant plus grande. Les alcalins,

les opiacés doivent ne pas être négligés pour favoriser la digestion du lait, et si, après plusieurs jours de persistance, on voit que le malade se dénourrit de plus en plus, il est indiqué, comme je l'ai dit à plusieurs reprises déjà, de laisser le lait et de prescrire par tâtonnements l'alimentation qui sera la mieux supportée.

8° *Selles liquides, séreuses, grisâtres, avec du sang mêlé comme dans la dysentérie aiguë.* — Le lecteur comprend du premier mot ici que c'est une véritable rechute de dysentérie aiguë, par conséquent je le renvoie au traitement de cette dysentérie aiguë, et il reviendra à celui de la diarrhée chronique lorsque la poussée phlegmasique sera dissipée.

TRAITEMENT DE LA DYSENTÉRIE CHRONIQUE.

Après ce que j'ai dit précédemment, je puis traiter de la thérapeutique de la dysentérie chronique d'un seul mot, il me semble : lavements au perchlorure de fer, à la teinture d'iode, à l'alun, aux divers astringents comme dans la rectite; traitement lacté, emploi des médicaments indiqués dans la diarrhée chronique, voilà la marche à suivre : entrer dans de nouveaux détails à ce sujet serait donner sans raison une longueur trop grande à mon étude.

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE.

Si on a voulu réfléchir un peu en lisant ce qui précède, on verra que les moyens que j'ai préconisés pour la diarrhée chronique, et je dirais même volontiers pour tous les flux de ventre quels qu'ils soient, sont assez limités, bien plus sont toujours les mêmes ou à peu près. J'ai un petit nombre d'agents auxquels je recours, et ils sont un peu disposés comme un cercle dans lequel je reste obstinément, passant, suivant les circonstances, de l'un à l'autre, du faible au fort, du fort au faible, suivant les besoins du moment. A la rigueur, je pourrais m'arrêter ici, mais au risque d'encourir encore le reproche de prolixité, je crois devoir résumer ce que j'ai dit déjà tant de fois, car je suis persuadé que mes jeunes camarades, en se pénétrant bien des idées qui m'ont dominé, atteindront les résultats si favorables que j'ai eu le bonheur d'obtenir dans ma pratique des flux de ventre des pays chauds.

La thérapeutique des flux de ventre chroniques, comme d'ailleurs de tous les flux de ventre des pays chauds, se divise en deux portions : A. Régime alimentaire ; B. Traitement médicamenteux.

A. *Régime alimentaire.* — C'est le lait qui en fait la base, lait de vache ou de chèvre, de vache de préférence, pris de telle sorte qu'il

soit digéré, et pour cela on a, en le chauffant ou en le refroidissant, en l'additionnant d'eau de chaux, d'eau de Vichy, en prenant concurremment de la magnésie calcinée, de l'eau laudanisée, du sirop d'opium, de puissants moyens d'obtenir la tolérance. En montant jusqu'à cinq litres par jour, on peut très-bien nourrir un individu pendant des semaines et le voir augmenter de poids; il faut bien être persuadé de cette particularité, car beaucoup sont portés à croire que le sujet se dénourrit quand il ne prend que du lait. Le régime lacté aussi pur que possible doit être continué aussi longtemps que le sujet peut le supporter, et s'il peut arriver jusqu'aux selles moulées sans prendre autre chose que du lait, j'estime que sa guérison sera d'autant plus complète et d'autant plus solide. Que les selles soient entièrement moulées, ou bien qu'elles se soient très-bien modifiées déjà, le régime lacté doit être cessé avec le plus de ménagements possible. C'est ainsi, par exemple, que je prescris d'abord quelques miettes de pain à tremper dans le lait chez les uns; chez d'autres, au contraire, je donne un œuf, puis deux œufs à la coque et presque crus à avaler sans pain tout d'abord. Le pain doit être pris toujours en faible quantité, surtout au début, puis on augmente un peu sa proportion, puis on peut joindre au pain un peu de fromage de Gruyère. Je ne saurais trop appeler l'attention sur l'emploi de ce fromage, j'ai rencontré bien des objections théoriques à son emploi, mais je dois dire que pas un de ceux qui m'ont vu le prescrire n'a pu constater un mauvais résultat; bien plus, tous ont été convaincus de son utilité après peu de jours. On ne saurait croire avec quel plaisir la plupart des malades mangent ce fromage; j'ai pu, grâce à lui, tenir pendant deux semaines de plus des individus au régime lacté, alors qu'ils croyaient en être dégoûtés déjà d'une manière invincible.

A mesure que j'augmente le pain, le fromage et les œufs, je puis diminuer la quantité de lait, et même alors que le sujet est arrivé au poisson, à la viande rôtie, aux pommes de terre ou au riz, je lui fais prendre encore un litre de lait par jour si la répugnance n'est pas trop grande. On le voit, je fais du lait la base de l'alimentation du diarrhéique, je lui en prescris autant qu'il en peut prendre et aussi longtemps que la tolérance de son estomac le permet. Aussi tard que possible, je donne un peu de bière comme liquide alcoolique, et enfin je n'emploie le vin que tout à fait à la fin, lorsque la guérison est solide, car plus d'une fois j'ai vu une convalescence mal tourner rien que par l'emploi prématuré de cette bière ou de ce vin. On comprend donc que j'emploie toujours le lait de préférence quand je puis, mais il arrive parfois que je trouve des sujets

ayant une répugnance invincible pour lui, et alors force m'est de donner d'autres aliments. D'ailleurs, la situation n'est pas désespérée encore alors, quoique les conditions soient infiniment plus mauvaises et, dans plus d'un cas, j'ai vu la guérison survenir malgré l'emploi d'aliments ordinaires : jus de viande, viande crue, viande grillée, féculents légers, comme le riz et les diverses pâtes alimentaires.

2° *Médicaments.* — Le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca, voilà les trois purgatifs qui m'ont donné de bons résultats, à condition de les donner avec persistance, méthode, en agissant concurremment par la bouche et par le rectum, et enfin en les faisant accompagner de préparations opiacées. Je ne saurais trop insister, comme je l'ai dit précédemment, sur la nécessité de faire prendre des lavements deux, trois ou quatre fois par jour dans le traitement de la diarrhée chronique, comme de la rectite, et de la nécessité aussi de donner des préparations opiacées pour provoquer le repos et diminuer le nombre des selles pendant la nuit. Ceci étant dit, j'ajoute que le sulfate de soude, l'huile de ricin, l'ipéca en pilules et l'ipéca en potion constituent une gamme dont le sulfate de soude me paraît le plus léger agent, et tantôt avec lui, tantôt avec l'autre de ces médicaments, j'ai vu l'amélioration se produire. La persistance est une des conditions de la réussite pour les médicaments comme pour l'alimentation lactée, et je dirai au lecteur que maintes fois il m'est arrivé de donner un des agents médicamenteux précités, pendant plusieurs semaines, sans discontinuer un seul jour.

Si j'écrivais un traité de la dysentérie, j'aurais à parler ici de mille autres agents, sous-nitrate de bismuth, astringents, etc., etc.; on comprend que je n'aie pas été sans les employer nombre et nombre de fois; mais je crois inutile d'en parler en ce moment, car leur efficacité est si minime à côté de la médication dont je viens de m'occuper, qu'il ne vaut vraiment pas la peine de s'y arrêter, il me semble.

Soit que le malade ait eu une dysentérie chronique ou la diarrhée endémique des pays chauds, il tombe souvent dans un état de débilité, de dyspepsie stomacale et intestinale pénible et dangereuse par la continuation, c'est à cette période que le traitement par les eaux de Vichy a pu produire de véritables résurrections. Mais je puis n'en pas parler ici; j'aurai à m'en occuper plus loin en parlant de l'anémie et de la gastralgie qui vous atteignent si souvent à la Martinique.

HÉPATITE.

Aussitôt après avoir parlé de la dysentérie des pays chauds et par conséquent des flux de ventre de la Martinique, il faut nous occuper de l'hépatite que l'on observe si souvent dans cette colonie à tous les degrés de son évolution et de sa gravité. Nous entreprenons ici l'étude d'une des questions les plus difficiles à traiter dans la pathologie exotique, car l'hépatite est un champ de discussion qui a donné carrière aux théories les plus opposées sans que la lumière ait été faite encore, d'une manière suffisante, sur la pathogénie de l'affection en litige.

Des divers médecins qui ont pratiqué dans les pays chauds, les uns ont dit que la dysentérie est le résultat d'une hépatite primitive; d'autres ont soutenu que cette hépatite est, au contraire, la conséquence de la dysentérie. Il était naturel qu'une troisième opinion naquît de ce conflit, et qu'un certain nombre de praticiens adoptassent l'idée d'une simple coïncidence.

Pour ma part, je me range résolument du côté de la première opinion, ainsi qu'on a pu le voir dans ce que j'ai dit au sujet de la dysentérie, et je crois que c'est parce qu'on n'a eu trop généralement en vue que les abcès du foie, c'est-à-dire une phase particulière et restreinte de la phlegmasie hépatique, qu'on a pu discuter si longtemps sans résoudre le problème. En envisageant cette phlegmasie du foie depuis la plus légère hypérémie congestive jusqu'à la transformation purulente extrême, de même qu'en étudiant la dysentérie des pays chauds d'une manière synthétique, depuis le moindre flux de ventre éphémère jusqu'à la dysentérie la plus aiguë ou la diarrhée chronique, la question paraît, il me semble, facile à élucider sans donner grande prise à la contestation.

Pourrait-on admettre qu'entre l'hépatite et la dysentérie des pays chauds, il n'y a qu'une pure coïncidence? Non, certainement, et la preuve que l'on en donne, c'est que, dans toutes les localités tropicales ou subtropicales, où la dysentérie est fréquente, l'hépatite l'est aussi, et *vice versa;* et cela d'une manière si exacte, si étroite, qu'à moins de refuser de se rendre à l'évidence des faits d'une manière obstinée et aveugle, il faut abandonner cette opinion.

Il ne reste donc plus que deux opinions en présence : Est-ce la dysentérie ou bien est-ce l'hépatite qui commence à altérer la santé de l'individu qui est l'initium du trouble morbide? Si on admet que c'est la dysentérie, il y a un assez grand nombre de faits qui restent sans explications, et bien plus, viennent contredire la théorie; c'est ainsi, par exemple, qu'on ne peut expliquer alors comment s'est

formé l'abcès mortel dans certaines autopsies où il a été démontré, pièces anatomiques en main, que l'intestin n'était absolument pas malade, alors que, d'autre part, l'observation avait constaté déjà que le sujet n'avait eu que des troubles insignifiants ou même absolument nuls du côté de l'intestin pendant sa vie. Est-il est hors de doute aujourd'hui que plusieurs fois on a constaté cette intégrité parfaite de l'intestin.

Pourrait-on nous opposer que, dans un certain nombre de dysentéries ayant duré pendant longtemps et ayant guéri, ou bien dans maintes atteintes terminées par la mort, on n'a pas trouvé le foie malade? Je ne le crois pas, car si quelquefois, dans une dysentérie qui a guéri, on n'a pas vu les phénomènes de phlegmasie hépatique prendre une importance frappante, on ne peut pas dire qu'il y eût néanmoins intégrité du foie. Et d'autre part, lorsque dans une autopsie on voit « rien de particulier du côté du foie, » ou bien « foie normal, » on peut objecter que, si la nécropsie avait été faite avec toute la précision nécessaire, pondération absolue et relative, mesurage, histologie, on n'aurait pas dit que l'organe hépatique ne présentait rien d'anormal.

Quelques-uns s'appuient sur ce que l'abcès du foie est considéré souvent comme le produit de l'infection septique par un foyer putride siégeant dans le gros intestin, pour dire que l'hépatite n'est que consécutive. Mais je ferai remarquer que leur argument est insuffisant, car s'il est incontestable, bien des fois, que les abcès hépatiques sont le résultat de la dysentérie, ils ne démontrent pas, pour cela, que cette dysentérie elle-même n'était pas tout d'abord sous l'influence d'une altération matérielle ou fonctionnelle du foie, et alors, tout en reconnaissant avec eux que l'abcès du foie succède souvent à la dysentérie, nous leur disons : Cette succession est d'autant plus facile même que le foie était déjà malade pour engendrer cette dysentérie, et on le voit, l'objection qu'on nous opposait vient, au contraire, soutenir notre opinion.

Nous devons inférer de cette opinion de quelques détracteurs de la théorie que nous adoptons après tant de nos prédécesseurs, et particulièrement Murchinson, que l'abcès du foie peut être de deux origines différentes; qu'il faut admettre, dans ce qu'on appelle communément l'hépatite des colonies, deux étiologies distinctes qui en font presque deux maladies différentes : A. Phlegmasie hépatique essentielle qu'on pourrait appeler tropicale, si elle n'était pas observée dans des régions éloignées de l'Equateur, et par conséquent qu'on peut désigner sous le nom de phlegmasie hépatique des pays chauds; B. Phlegmasie hépatique résultant de

la dysentérie, véritable empoisonnement septique d'origine intestinale.

En d'autres termes, il y avait deux affections sous le même nom : l'une d'origine extérieure à l'individu, l'autre d'origine interne ; une climatérique, l'autre intestinale, si on veut me passer le mot. J'ai ainsi fait suffisamment comprendre la pensée formulée avant moi par bien des auteurs ; et que l'on adopte ou non les expressions proposées, toujours est-il que les deux maladies, ou, si on aime mieux, les deux pathogénies de l'affection, sont bien comprises, j'espère. Nous verrons tantôt, d'ailleurs, que le dualisme qui a été spécifié n'est pas seulement basé sur des idées théoriques, mais sur des faits parfaitement précis.

Dutrouleau, dans son livre si remarquable à tous égards, a partagé l'hépatite des pays chauds en quatre catégories : A. le point hépatique ; B. l'hépatite aiguë ; C. l'hépatite chronique ; D. l'abcès du foie. J'ai adopté, pour ma part, cette classification dans mon *Étude sur les Maladies des Européens au Sénégal* ; mais, après mûre réflexion, il me semble que le groupement un peu différent dont je viens de parler, peut être adopté pour rendre mieux compte des diverses conditions en présence desquelles le praticien se trouve le plus souvent.

Adoptant entièrement le dualisme que j'ai signalé il y a un instant, je vais décrire sommairement les symptômes, la marche, la terminaison, l'anatomie pathologique des deux variétés d'hépatite précitées. Puissent mon exposition et mes arguments être l'expression de ce qui existe réellement.

SYMPTOMATOLOGIE, MARCHE, DURÉE ET TERMINAISONS DE L'HÉPATITE CLIMATÉRIQUE.

L'affection dont il est question ici étant bien définie, nous pouvons dire tout d'abord que sa symptomatologie est telle que l'on peut la partager en deux degrés : 1° l'hypérémie congestive ; 2° l'hypérémie phlegmasique ou active. Le premier se partage en deux catégories : A. l'état aigu ; B. l'état chronique. Le second n'a qu'un état aigu, mais se subdivise, sous le rapport de l'intensité et de la gravité, en degré léger et en degré intense.

A. *Hypérémie congestive.* — Cette affection, qui pourrait sans doute être désignée aussi heureusement par d'autres expressions, mérite cependant le nom de torpide, parce qu'elle affecte, soit dans le commencement de sa production, soit même pendant toute sa durée, une allure taciturne, dissimulée même, qui fait que son

diagnostic présente souvent plus d'une difficulté pour le praticien qui débute dans les pays chauds; elle se partage en deux catégories parfaitement distinctes : A. l'hypérémie congestive aiguë ; B. l'hypérémie chronique.

Hypérémie congestive aiguë.

Il est très-difficile, dans la plupart des cas, de dire le moment précis où commence cette hypérémie, car souvent il arrive qu'au moment où le sujet en présente les premiers symptômes on trouve, par l'examen direct du foie et du malade, que l'organe hépatique a déjà subi des modifications de forme et de fonctionalité qui font qu'on pourrait aussi bien considérer l'atteinte actuelle comme une poussée aiguë entée sur un état chronique ou subchronique. D'autres fois, cependant, le doute ne saurait pas exister, l'individu étant arrivé depuis si peu de temps dans la colonie par les voies rapides, venant d'une région froide, qu'il n'est pas possible de voir, dans l'atteinte, autre chose que le début de cette hypérémie.

Par ce que je viens de dire, on voit que tantôt l'hypérémie congestive du foie survient peu à peu et d'une manière sourde, tantôt, au contraire, elle débute d'une manière plus ou moins brusque à la suite d'une fatigue corporelle, d'un excès d'aliments ou de boisson, d'une indigestion et même sans aucune cause bien apparente ou au moins bien appréciée par le sujet.

Un des premiers phénomènes est une douleur ou une pesanteur dans l'hypochondre droit, douleur très-variable, sourde souvent, ou pendant la plus grande partie de la journée plus aiguë, pongitive même à certains moments, comme si on enfonçait un instrument piquant dans l'organe. Quelquefois même ce sont de véritables battements douloureux, comparables à ceux qu'on éprouve dans un doigt atteint de panaris, dans un furoncle tournant à suppuration ou dans une névralgie dentaire. L'impression pénible de l'épaule est fréquente et le toucher du rebord costal exaspère souvent la douleur ou au moins provoque un sentiment désagréable.

Si on percute l'organe dans ses premiers temps malgré la douleur ressentie, on constate, en général, que ses diamètres sont un peu accrus dans tous les sens, mais d'une manière assez modérée parfois pour qu'on puisse croire qu'il n'y a pas eu de variation de volume.

Peu après l'apparition de la douleur et quand cette douleur est obscure, confuse, il se peut qu'elle ne se montre qu'en seconde ligne, on voit une réaction organique fébrile se manifester, réaction peu exagérée, c'est-à-dire que la peau est chaude, mais sans dépasser 38°,5 à l'aisselle au maximum. Le pouls, assez plat, bat à peine

cinq ou dix pulsations de plus que d'habitude, il y a un peu de céphalalgie, et souvent pour peu même que l'atteinte soit intense, on constate un phénomène remarquable du côté de la respiration, c'est la gêne de l'inspiration qui est courte, comme bridée par la douleur.

Du côté du tube digestif, on observe des phénomènes d'embarras gastrique, la langue est large et blanche, recouverte d'un enduit bientôt assez épais; il y a de l'anorexie, mauvais goût à la bouche, inappétence, nausées et même vomissements bilieux. Parfois un peu de ballonnement du ventre, ordinairement de la constipation ou au moins un dérangement des fonctions digestives consistant en des poussées diarrhéiques alternant avec une tendance à la constipation.

En y regardant bien on voit que le sujet est un peu jaune, ce n'est pas, à proprement parler, de l'ictère encore, mais les conjonctives, le fond du teint ont quelque chose de jaunâtre qui peut mettre le praticien sur la voie, mais peut aussi très-bien lui rester inaperçu.

Les urines sont, en général, assez rares, un peu chaudes, rouges, contenant des urates, de l'acide urique, et même souvent on y trouverait un léger excès de pigment biliaire si on le recherchait.

A ces divers symptômes ajoutons un sentiment de faiblesse, de tristesse, de fatigue incessante et même de répulsion pour ce qui pourrait distraire le sujet et nous avons la peinture assez exacte de cet état passager du reste qui est souvent caractérisé sous le nom d'embarras gastrique; d'embarras bilieux, ou bien mis sur le compte d'une fatigue, d'une insolation, de la tristesse occasionnée par l'éloignement récent du pays, etc., etc.

L'état morbide léger, mais néanmoins indéniable, que nous venons de décrire dure en général peu, il se termine soit par la résolution, soit par l'aggravation. Dans le premier cas, au bout de 36, 48 heures, 3 jours, soit spontanément et plus volontiers sous l'influence d'une médication appropriée, dans laquelle un purgatif tient la première place. Il y a une débâcle diarrhéique à la suite de laquelle la douleur hépatique et les phénomènes réactionnels disparaissent assez complètement et pour un temps plus ou moins long avec cependant une tendance très-fâcheuse à la récidive, car, à partir d'une première atteinte, on voit le foie posséder une susceptibilité marquée chez les individus qui restent dans la colonie et désormais le moindre écart d'hygiène, la moindre fatigue peuvent faire reparaître l'affection ou même produire une véritable phlegmasie de l'organe.

Le traitement de l'hypérémie congestive aiguë du foie n'est pas bien difficile à spécifier, et je dois dire à l'avance qu'il est toujours rapidement efficace dans une certaine mesure, quel que soit le moyen

thérapeutique employé, mais n'oublions pas que, si on vient vite à bout de la petite indisposition dont nous avons énuméré les symptômes, il n'en est pas de même de l'aptitude morbide qui a été contractée par le foie et désormais, si le sujet continue à séjourner dans les pays tropicaux, il est exposé à voir son affection avoir d'incessantes répétitions. Ceci revient à dire que le retour dans la zone tempérée serait assurément la meilleure de toutes les mesures prises, mais cependant, comme l'atteinte qui nous occupe n'est pas incompatible avec la santé assez florissante, l'universalité des sujets ne rentre pas en Europe; cependant les prudents feront bien de se surveiller désormais et de mener une vie régulière exempte d'excès ou d'imprudence.

L'affection n'est, en général, pas assez intense pour nécessiter l'emploi des émissions sanguines, locales ou générales; c'est dans la phlegmasie proprement dite que nous verrons ces moyens être indiqués d'une manière fréquente. Ici c'est tout au plus les révulsifs cutanés, synapismes, badigeonnage à la teinture d'iode qui sont opposés à la douleur localisée; on comprend que le vésicatoire lui-même est le plus souvent réservé à une atteinte plus sévère que celle qui nous occupe.

D'ailleurs, ce traitement local n'est que secondaire, le plus important est le traitement général, régime doux, émollient, lacté chez ceux qui l'aiment, abstention raisonnable du vin et de l'alcool, des farineux et des aliments indigestes, gras ou très-sucrés; tel est le premier point qui, quoique appartenant à l'hygiène, concourt très-efficacement à la thérapeutique.

Les purgatifs ont une utilité de premier ordre, huile de ricin, sulfate de soude, de magnésie, citrate de magnésie, manne, il faut, on le comprend, dégorger le foie de son excès de sécrétion biliaire et maintenir la liberté du ventre pendant plusieurs jours pour aider à la résolution. Par conséquent, qu'on ne l'oublie pas, il faut non seulement purger plus ou moins vigoureusement d'abord, mais ensuite entretenir une facilité des selles par la manne, le tamarin ou le citron; la tisane de citron fragmenté et bouilli est une excellente chose pour cela.

On a conseillé la purgation au calomel; j'avoue que j'aurais trop peur de jouer quitte ou double avec de grandes chances de perdre, et d'ailleurs le moindre reproche que je puisse faire ici au proto-chlorure hydrargyrique, c'est son inutilité; les autres purgatifs agissant aussi bien, sans constituer une arme à double tranchant.

L'ipéca est un bon moyen à mettre en usage lorsque l'atteinte est assez intense pour justifier l'emploi d'un moyen capable de provo-

quer le vomissement ou des nausées ; il prend de jour en jour une faveur qu'il mérite à tous les titres, si j'en crois mon impression, à la dose de un à deux grammes de poudre dans cent grammes d'eau ou sous forme d'infusion de deux à quatre grammes de cette poudre ou de racines dans la même quantité d'eau ; prenant la potion par cuillerées à café ou à potage, d'heure en heure, de manière à éviter les angoisses du vomissement, on provoque une diaphorèse, une diurèse et une purgation parfaitement utiles à la décongestion du foie. L'efficacité de l'ipéca dans tous les degrés de l'hépatite est telle qu'on est arrivé même à dire que c'est un médicament dépuratif du foie. Dans tous les cas, il est un fait qui semble assez bien prouvé, c'est que depuis que l'ipéca tend à se substituer au calomel dans la dysentérie et dans l'hépatite aux colonies anglaises et françaises, les abcès du foie sont beaucoup moins fréquents. Je serai heureux si mon affirmation, ajoutée à celle de beaucoup de mes prédécesseurs, décide mes jeunes camarades à substituer de plus en plus l'ipéca au calomel dans la thérapeutique des maladies tropicales.

On a préconisé les alcalins, l'eau de Vichy ; ce sont d'excellents médicaments dans les affections de foie ; mais je dois faire observer que, dans le cas présent, la maladie n'est pas assez invétérée pour les rendre nécessaires ; ce n'est que lorsque la convalescence dure trop, est fragile, ne se dessine pas bien franchement, qu'il est indiqué d'y recourir. Disons, pour faire bien comprendre notre pensée à cet égard, que les individus atteints de l'affection qui nous occupe sont si sûrement dévolus à l'hépatite aiguë ou chronique, sévère ou bénigne, en restant dans les pays chauds qu'il faut attendre encore un peu, afin de ne pas les obliger, dès le premier jour à user de médicaments qui vont devenir bientôt des agents désormais indispensables et d'un emploi journalier.

L'hypérémie congestive torpide aiguë dont nous venons de parler, cède, avons-nous dit, facilement aux moindres médications, mais ne guérit pas ; elle passe même si naturellement à l'état chronique qu'il est indispensable de parler de ce dernier pour compléter son histoire.

Hypérémie congestive chronique.

Après ce que nous avons dit touchant l'hypérémie aiguë on sait comment débute l'hypérémie chronique. C'est en effet par le fait de la continuation de la stase sanguine après une première atteinte aiguë ; par la persistance des conditions qui ont provoqué l'explosion de la première indisposition ; ou bien encore par le fait d'une influence très-ménagée et de longue portée des conditions climaté-

riques qui ont une action morbigène sur le foie qu'elle se produit peu à peu d'une manière insidieuse, méconnue par l'intéressé jusqu'au moment où elle est assez accusée pour ne pouvoir plus rester inaperçue. Cette dernière manière de se produire fait comprendre combien le diagnostic peut être obscur et hésitant pendant plus ou moins longtemps; et en effet, combien de sujets qui sont portés sur les tableaux cliniques des hôpitaux coloniaux sous le diagnostic, anémie, gastralgie, dyspepsie, sont atteints uniquement d'hypérémie congestive torpide, ce qu'on appelle vulgairement l'hépatite chronique. Les relations de la gastralgie et de l'hépatite chronique sont très-remarquables et ont besoin d'être étudiées avec soin, disais-je en écrivant mon *Étude sur les maladies du Sénégal* (t. II, p. 33), je ne puis que répéter la même chose en parlant des maladies de la Martinique; c'est qu'en effet aujourd'hui, comme précédemment, je voudrais bien montrer que des sujets qui ont semblé se bien porter pendant longtemps, qui n'ont eu à se plaindre que d'un peu de manque d'appétit, d'une certaine difficulté dans les digestions de tous ou de quelques aliments, présentent un beau jour au médecin les symptômes d'une hépatite chronique, ou d'une hypérémie congestive chronique, comme on voudra l'appeler, qui s'est établie sourdement, sans bruit et d'une manière latente, à proprement parler.

Cette hépatite chronique est caractérisée par une gêne et un sentiment de pesanteur dans le côté droit. Le foie est pesant, dit le sujet accoutumé depuis un certain temps à cette sensation et ayant l'habitude assez fréquemment de faire automatiquement un mouvement d'élévation du moignon de l'épaule, comme s'il voulait s'affranchir de la tension d'une bretelle trop courte. On en voit porter, d'une manière inconsciente, la main à l'hypochondre droit, soit pour le presser quelquefois, soit, plus souvent, pour empêcher la pression du pantalon; tous phénomènes qui indiquent une gêne réelle et longtemps continuée.

Une douleur sourde se montre de temps en temps d'une manière passagère, ayant même parfois assez d'acuité pour faire croire un instant au retour d'un état aigu. Il n'est pas impossible que ce soient les symptômes de petites poussées phlegmasiques réellement aiguës, mais trop peu étendues pour provoquer une réaction générale bien accusée.

La toux hépatique se montre quelquefois pendant plus ou moins de jours : c'est encore un phénomène de même nature. On dit aussi qu'il y a fréquemment des vomissements bilieux le matin, mais ici il faut faire la part du vomissement gastralgique, et surtout alcoo-

lique, que les habitants des colonies ont aussi souvent peut-être que l'hypérémie chronique du foie, et bien que les habitudes d'intempérance aient une liaison intime avec cette hypérémie chronique, il faut rattacher le vomissement naturel à l'abus des boissons fermentées plutôt qu'à la maladie qui nous occupe actuellement.

Il y a, dit-on, assez généralement de l'ictère; c'est vrai, mais comme cet ictère ne se montre pas toujours, et surtout comme il n'est ni très-accusé ni très-généralisé, il ne faut pas y attacher une importance pathognomonique.

Parfois l'ictère léger est borné aux conjonctives, d'autres fois il est si bien fondu dans la couleur de la peau, qu'on est porté à ne pas le remarquer, il se confond trop souvent avec la teinte anémique qu'on a appelé le teint colonial. Lorsque la maladie est très-avancée, elle donne au malade un aspect saisissant au premier coup d'œil, mais nombre de fois les phénomènes n'ont rien d'exagéré de ce côté.

Les fonctions digestives présentent presque constamment des troubles qui sont à peu près toujours les mêmes, et cela pour la double raison que l'affection du foie les engendre et que la gastralgie est très-fréquente chez les sujets qui nous occupent, même alors qu'ils ne sont absolument pas entachés d'alcoolisme. L'appétit est capricieux, il y a des appétences et des répulsions injustifiées pour certains aliments. Il y a des révoltes de l'estomac qu'on ne peut prévoir et qui déroutent le plus prudent et le plus attentionné à les éviter.

Les selles présentent des caractères variables : tantôt il y a de la constipation, tantôt il y a des selles décolorées, quelquefois de la diarrhée, en un mot le trouble que nous venons de signaler dans la première partie du tube digestif, se montre dans toute l'étendue de l'intestin. Il y a parfois des poussées de selles bilieuses, sortes de débâcles hépatiques qui méritent d'être étudiées avec soin, car trop souvent elles sont l'origine d'une dysentérie qui provoque alors l'explosion d'un abcès du foie avec une rapidité véritablement extraordinaire.

Dans le courant de l'hypérémie chronique du foie, on voit survenir fréquemment des poussées inflammatoires plus ou moins vives, comme je le disais précédemment, et de véritables atteintes d'hépatite aiguë se manifestent; on dirait même que le sujet y est plus spécialement prédisposé que les autres.

Après une durée plus ou moins longue, les rechutes plus ou moins fréquentes, on voit se manifester les signes obscurs d'abord, puis plus évidents de la formation d'une suppuration hépatique

dans nombre de cas; ou bien le sujet est sous le coup d'une anémie de plus en plus grande qui le laisse à découvert en présence de mille chances de mort que l'Européen a devant lui sous les tropiques. Quelquefois, c'est une sorte de choléra sporadique; d'autres fois, dans les pays marécageux, c'est comme un fantôme d'accès pernicieux, c'est-à-dire un accès de fièvre un peu plus sévère que le plus bénin qui emporte le sujet. C'est encore un léger refroidissement qui provoque une pneumonie ou une pleurésie mortelles; en un mot, le sujet est comme une pâture facile et assurée à la mort, qui profitera de l'excuse la plus légère pour l'emporter.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que, si telles sont les conséquences de l'hypérémie congestive torpide lorsqu'elle marche d'une manière accentuée vers l'aggravation, il n'est pas rare de voir des individus qui présentent la maladie à un degré moyen et avec une allure stationnaire ou plutôt assez lente pour que le danger ne paraisse pas imminent pendant de très-longues années. Ces individus ne jouissent pas à vrai dire d'une santé florissante, mais enfin leur existence est supportable et peut parfois se prolonger de telle sorte qu'ils ont le temps, ou bien d'arriver à la vieillesse, ou bien de subir d'autres atteintes morbides dangereuses pour leur existence à une échéance beaucoup plus rapprochée.

Ce que j'ai dit tantôt du traitement de l'hypérémie congestive aiguë est parfaitement applicable aux poussées plus ou moins intenses de l'hypérémie torpide ou chronique, je n'ai pas besoin d'insister là-dessus. Mais ce que je dois ajouter, c'est que l'usage des alcalins est, pour le cas présent, d'une utilité de premier ordre; l'emploi journalier de l'eau de Vichy (sources Hauterive, Célestins, et autres sources froides de cette localité) est un excellent palliatif des mille petites incommodités qu'entraînent la lenteur et l'imperfection des digestions dans l'affection qui nous occupe. Il serait même, je crois, possible en combinant les bains alcalins avec cette eau transportée de faire un traitement assez efficace pendant quelques mois dans la colonie même. Néanmoins, nous ne saurions l'oublier, une pareille manière de combattre l'affection ne peut avoir qu'une portée éphémère.

Ce qui est infiniment préférable, c'est le retour vers la zone tempérée et, une fois en France, le moyen le plus efficace de diminuer d'abord, puis de faire disparaître cette hypérémie congestive torpide, est le traitement thermal fait à Vichy même. Atteint pour ma part de l'affection dont nous parlons actuellement à la suite de longs séjours dans les pays chauds : Sénégal et Antilles, j'ai trouvé, chaque fois que je suis allé à Vichy, une amélioration extrêmement

heureuse. Je ne puis mieux exprimer ce que j'ai éprouvé qu'en disant que je me suis senti réconforté, renaître, pour me servir de l'expression consacrée, toutes les fois que j'ai pu faire une saison à Vichy. Aussi, grande est ma reconnaissance pour ces thermes qui m'ont été si utiles, qui me débarrasseront même peut-être de mille incommodités le jour où j'aurai pu dire pour toujours adieu aux fatigues du service dans les régions tropicales. On me permettra d'ajouter que plus grande encore est ma reconnaissance pour mes affectionnés confrères, MM. Durand-Fardel et Bintot, qui m'ont fait si heureusement bénéficier de leur si grande connaissance de la médication par l'eau de Vichy. Grâce à leur expérience qui sait mener le malade à guérison par la voie la plus facile et la plus sûre, bien des hésitations, bien des fatigues de la cure alcaline m'ont été épargnées, et j'en ai tiré chaque fois le maximum des bons effets possibles.

Phlegmasie proprement dite.

La phlegmasie proprement dite du foie se partage naturellement en deux périodes ou catégories bien tranchées : 1° la période ou catégorie du début des accidents inflammatoires, phase essentiellement aiguë et se terminant par résolution ou bien par la période suivante nous l'appellerons, avec nos prédécesseurs, l'hépatite aiguë; 2° phase suivant parfois une marche aiguë, souvent une marche chronique, je veux parler de l'abcès du foie.

1° *Hépatite aiguë.* — L'hépatite aiguë est une maladie fébrile qui survient soit d'une manière spontanée, soit comme complication de la dysentérie, et qui débute avec plus ou moins d'intensité, tantôt par l'exagération du point hépatique, tantôt par une douleur vive dès le premier moment.

Généralement, le début est signalé par un accès de fièvre qui ressemble tellement à la fièvre intermittente, qu'il est pris pour un phénomène d'intoxication paludéenne, et si la douleur de côté n'est pas très-forte dans ce moment, le diagnostic peut rester plusieurs jours indécis. Dans une bonne moitié des cas, peut-être, les phénomènes sont tels que ce diagnostic est hésitant pendant un, deux et même quelquefois plusieurs jours. Notons que, si l'hépatite aiguë se manifeste dans le cours d'une dysentérie et comme complication de cette maladie, son début est signalé par un arrêt brusque des symptômes intestinaux. On dirait qu'il y a une sorte de loi de balancement entre les symptômes, les selles s'arrêtant au moment où le foie s'engorge; mais ce balancement ne dure pas plus longtemps, et ultérieurement les selles peuvent être nombreuses ou rares sans réagir sur la marche de l'affection du foie.

La douleur de côté a besoin de nous arrêter un instant; elle apparaît souvent pendant ou peu après l'accès de fièvre initial, et elle est assez vive, en général; elle est très-comparable souvent à la douleur de la pleurésie; il n'est pas rare de la voir violente au point d'arrêter brusquement l'inspiration dans sa course, d'arracher des cris au malade et de lui faire prendre une position penchée, fléchie à droite, caractéristique en un mot de l'affection. Mais n'oublions pas de dire que si, dans la majorité des cas, la douleur de l'hypochondre est le signe principal et évident de l'hépatite aiguë, il n'est pas rare qu'elle soit modérée, qu'elle manque même. J'ai vu pour ma part et je connais mille faits de la pratique de mes collègues dans lesquels la douleur hépatique a fait absolument défaut. La maladie a été quelques fréquentes fois assez insidieuse, assez obscure, pour pouvoir parcourir toutes ses périodes, arriver à la suppuration, à la mort même, avant que le diagnostic ait pu être porté.

Un signe signalé par tous les auteurs et que l'on observe fréquemment, c'est la douleur de l'épaule, douleur plus ou moins vive, de caractères très-divers, tantôt pesante seulement, tantôt pongitive avec des points qui rappellent ceux de la névralgie avec laquelle ils ont tant d'affinité. On a expliqué, on le sait, cette douleur par des rapports nerveux; je ne m'y arrêterai pas plus longtemps, disant que, malgré les dénégations de quelques auteurs, j'ai constaté nombre de fois, et sur moi-même entre autres, la douleur de la région iliaque et crurale antérieure, sans préjudice de la douleur de l'épaule.

Le malade a une petite toux sèche pendant laquelle la douleur du côté augmente, et c'est au point que, nombre de fois, on a méconnu tout à fait l'hépatite, pensant à une pleurésie droite; erreur d'autant plus facile qu'il n'est pas rare dans l'hépatite de la face convexe, de voir une irritation sympathique ou de voisinage de l'autre côté du diaphragme.

Si on percute le foie, il semble souvent un peu augmenté de volume et surtout on provoque une certaine douleur qui met très-heureusement sur la voie du diagnostic. J'ai vu nombre de cas où les autres signes étaient assez obscurs et où la palpation de l'organe m'a renseigné convenablement; car le malade qui ne ressentait quelquefois pas une douleur spontanée bien manifeste, accusait un sentiment pénible bien franchement ressenti à certains points pressés avec la main.

Lès muscles intercostaux de l'hémi-thorax droit restent immobiles pour ne pas presser sur le foie qui est augmenté de volume, de sorte qu'on a ainsi parfois un précieux signe fourni par la première

inspection du sujet; mais n'oublions pas de dire que, comme les autres, ce signe est très-aléatoire.

Si le point hépatique a pu exister sans fièvre, il n'en est pas de même ici : le pouls est fébrile, plein et tendu, allant de 110 à 140 dans la phlegmasie aiguë du foie; et, après la manifestation de ces accès du début, qui, avons-nous dit, ressemblent à la fièvre paludéenne, on voit le malade plongé dans un état fébrile bien marqué. La peau est sèche, chaude et donne une sensation d'âcreté au toucher; bref, on constate à première vue une réaction générale intense sous l'influence de l'inflammation glandulaire.

Le thermomètre est utile ici comme dans toutes les phlegmasies et, sans être accusé d'en exagérer l'importance, je puis dire qu'il m'a rendu de très-grands services. Son usage et la notation exacte du pouls donnent de très-bonnes indications pour l'opinion qu'on doit se faire sur la marche de la phlegmasie; car, si on voit la température redevenir normale ou à peu près dans les trois ou cinq premiers jours, on peut espérer la résolution, tandis qu'il y a grandement à craindre la suppuration, si la fièvre reste forte et la température élevée entre 38°,5; 39°; 40° pendant plus d'une semaine.

On comprend que, vu l'accentuation plus forte de la maladie, l'état saburral et bilieux des premières voies que nous avons indiqué pour le point hépatique soit plus accentué encore ici; et, en effet, la langue est sale, quelquefois pointue et un peu rouge à son limbe, le plus souvent plate et large, toujours chargée d'épithélium blanchâtre; il y a de l'anorexie, de la soif, bref, tous les phénomènes de l'état saburral, réaction de cette partie du corps dans l'état fébrile.

Quelques vomissements bilieux se montrent parfois; mais ils ne sont pas la règle générale, car le foie atteint d'inflammation n'a pas toujours une hypersécrétion biliaire bien accentuée.

La pression de la main sur l'estomac provoque souvent de la douleur; mais il faut faire attention que c'est parce que cette pression retentit sur le foie, et non parce que le ventricule est malade par lui-même. L'hépatite peut d'ailleurs exister à tous les degrés, sans réagir bien directement sur l'estomac; il y a ici une question de voisinage de l'inflammation qui préside d'une manière absolue à l'existence ou à l'absence des phénomènes gastriques.

Il y a, en général, de la contispation pendant les premiers temps de la période fébrile. J'ai dit précédement que, lorsque l'hépatite se montre dans le cours d'une dysentérie elle est très-généralement annoncée par un arrêt subit des selles. Cette constipation est un phénomène du début et des diverses exacerbations de la maladie;

elle m'a paru comme à mes prédécesseurs coïncider avec la poussée phlegmasique, d'où une indication plus péremptoire encore, d'agir sur l'intestin et de provoquer l'évacuation des selles dans les atteintes d'hépatite aiguë.

Dans le degré qui nous occupe, la détente arrive plus lentement que dans le point hépatique, soit qu'elle survienne spontanément, soit qu'elle ait été provoquée par une médication appropriée. Ce n'est guère que le troisième ou le quatrième jour qu'elle se montre; lorsque les phénomènes fébriles s'amendent à cette date, on peut espérer que la terminaison par résolution se produira. Lorsque, au contraire, la fièvre persiste plus longtemps, on doit grandement craindre la formation d'une collection purulente.

Au moment de la rémission, on voit paraître parfois un peu d'ictère, mais ce symptôme n'est pas constant; très-souvent, il y a un peu de coloration jaune des conjonctives, même dans le cas où le tégument présente la coloration ordinaire; mais, je le répète, dans maintes circonstances, on ne voit rien d'anormal de ce côté; et ce que j'ai dit à plusieurs reprises de l'insidiosité de la maladie, nous portait à le penser *a priori*.

On voit souvent de nouvelles exacerbations de vingt-quatre ou quarante-huit heures se montrer après la première poussée fébrile; ce sont autant de petits orages hépatiques moins accusés que le premier, mais ayant les mêmes caractères avec un peu d'atténuation dans leur intensité seulement. Puis la convalescence ou le passage à un autre état se manifeste, car l'hépatite aiguë peut se terminer, soit par résolution plus ou moins franche, soit par l'hypérémie congestive torpide, véritable hépatite chronique, soit par la formation d'un abcès au foie.

Si nous n'avons en vue que la terminaison prochaine de l'état phlegmasique et fébrile qui constitue l'hépatite aiguë, nous pouvons dire que la maladie que nous venons de décrire est peu grave, en général : la preuve c'est que la guérison est la règle, et que j'ai vu nombre d'individus pouvoir continuer à séjourner de longues années dans la colonie après une atteinte bien évidente d'hépatite aiguë. Mais cependant il ne faut pas se laisser aller à un optimisme exagéré quand on voit la résolution se manifester même rapidement. Au contraire, il faut établir en règle générale que celui qui a eu une atteinte d'hépatite aiguë est tout spécialement prédisposé à d'autres atteintes; et même dans le cas où l'acuité ne se manifesterait pas, la condition ne serait pas très-sensiblement améliorée, car il aurait également à craindre et l'hépatite chronique et l'abcès du foie, les deux même. Enfin, n'oublions pas de répéter en-

core que la maladie qui nous occupe est la plus insidieuse que l'on connaisse peut-être, car non seulement elle n'est pas diagnostiquée pendant son évolution quelquefois, mais, même alors qu'elle est parfaitement reconnue, il arrive trop souvent qu'elle semble céder facilement, donnant raison tout d'abord à toute sorte de tentatives thérapeutiques, puis, après un temps de silence plus ou moins grand, elle désabuse celui qui avait cru à son arrêt ou sa disparition, en se manifestant par les symptômes ultimes qui frappent l'observateur de stupeur autant que d'effroi.

Le traitement de l'hépatite est assez facile à formuler. Il n'est pas très-compliqué au premier coup d'œil; les indications en semblent simples, et cependant nous devons avouer que le médecin est grandement désarmé devant l'affection. En effet, si, dans les atteintes légères, si dans les premières manifestations aiguës de la maladie, la thérapeutique semble avoir une efficacité très-heureuse, il n'en faut pas moins avouer que l'affection que l'on a crue un moment arrêtée, jugulée, n'en continue pas moins sa marche vers l'aggravation d'une manière sourde, insidieuse autant qu'assurée; et, arrivée à un certain degré de son évolution, lorsqu'elle se manifeste de nouveau par des signes sensibles, elle se joue trop souvent de nos efforts, de sorte que le médecin assiste, découragé et impuissant, à une œuvre de destruction qu'il n'est pas en son pouvoir d'arrêter ni même de combattre.

On a proposé maints moyens contre l'hépatite aiguë au début, et tous ont paru donner raison à ceux qui les avaient imaginés; mais n'oublions pas de répéter que, presque toujours, on n'a pas fait cesser la maladie en atteignant les phénomènes primitifs ou apparents d'acuité.

A l'époque où l'école physiologique florissait, les émissions sanguines générales étaient de mise dans le traitement de l'hépatite et ont paru donner de bons résultats, ici comme partout; mais lorsque la réaction s'est faite, ces bons effets se sont évanouis. En y réfléchissant aujourd'hui sans la passion qui a pesé si longtemps sur le jugement à ce sujet, on est porté à penser que les saignées générales, agissant par la déplétion brusque du système circulatoire, peuvent avoir un bon effet dans certains cas déterminés, c'est-à-dire chez des sujets pléthoriques, atteints d'hépatite aiguë et présentant tous les caractères d'une phlegmasie aiguë sur un organisme très-sanguin. Mais, en dehors de ces cas, et remarquons que ces sujets phlegmasiques sont l'extrême exception aux colonies, on ne voit pas que la saignée puisse avoir de bons effets; au contraire, prédisposant le sujet à l'anémie dans des pays où les Européens s'affaiblis-

sent toujours sans pouvoir se relever, le plus souvent ces saignées peuvent avoir de fâcheuses conséquences en livrant le sujet, désarmé pour ainsi dire, à l'influence débilitante du climat.

D'autre part, on sait que l'anémie est une des conditions qui favorisent autant la suppuration du foie, que nombre d'autres maladies endémiques de la zone tropicale ; de sorte que, si le sujet ne doit pas rentrer très-prochainement en Europe, on voit que les indications de la saignée générale seront assez rares.

Les émissions sanguines locales ont été plus heureuses que les saignées, et, de nos jours encore, on prescrit nombre de fois soit des sangsues, soit des ventouses. Il n'est pas impossible que, dans un temps prochain, les saignées directes du foie ne soient un troisième moyen. J'en dirai quelques mots tantôt.

Les sangsues agissent heureusement par la déplétion sanguine qu'elles provoquent ; et, bien qu'ici, comme en bien des cas, on puisse objecter que la circulation de l'organe que l'on veut atteindre est très-distincte, indépendante de la circulation de la paroi du tronc, il faut cependant bien se rendre à l'évidence des faits, qui montrent une amélioration sensible, une détente des plus heureuses suivre de près et presque toujours les applications de sangsues sur le point correspondant à la glande malade. Que les sangsues agissent comme simple révulsif. qu'elles produisent un bon effet en provoquant la déplétion ménagée du système circulatoire général, qu'elles tirent plus particulièrement du sang du voisinage de la partie souffrante, toujours est-il qu'elles donnent de bons résultats ; et, jusqu'à ce que nous sachions d'une manière plus précise leur véritable mode d'action, je crois que nous pouvons nous en tenir aux effets que nous croyons constater actuellement et qui sont favorables. Aussi faut-il, je crois, quand le sujet présente les attributs d'une certaine vigueur et de la richesse vasculaire, commencer le traitement de l'hépatite aiguë par une application de dix à trente sangsues dans le point hépatique : dans l'hépatalgie, indice ou non de l'hépatite chronique, dans l'abcès du foie, ces sangsues me semblent, en revanche, tout à fait inutiles, et, par conséquent, contre-indiquées.

L'idée qu'une déplétion sanguine locale dans un organe atteint de phlegmasie aiguë est certainement rationnelle, on a vu dans mille cas la soustraction mécanique du sang être un moyen puissamment efficace pour la résolution d'une inflammation. C'est un peu cette idée qui a présidé soit à l'introduction des saignées générales dans les phlegmasies, soit à l'emploi continué avec faveur jusqu'à nos jours des saignées locales ; et il est fort probable que celui qui a mis des sangsues sur un hypochondre malade a cru tirer du sang hépa-

…ique, et faire cesser ainsi directement l'hypérémie qui a paru intimement liée avec l'inflammation. Mais, depuis qu'on s'est aperçu qu'il fallait aller jusqu'au foie lui-même pour atteindre sa circulation, on s'est arrêté effrayé à l'idée d'une pareille pratique; et cependant il n'est pas impossible que ce soit là une opération assez bénigne, dépourvue même de danger d'une part, ayant une certaine efficacité de l'autre.

Dans mon *Étude sur les Maladies des Européens au Sénégal*, j'ai étudié longuement la saignée du foie que j'ai pratiquée et que les médecins de l'Inde ont mis aussi en usage souvent; j'y renvoie le lecteur pour plus amples renseignements.

Le vésicatoire volant a donné de bons effets dans l'hépatite aiguë et le point hépatique, toujours en vertu de la révulsion qu'il exerce, et il peut se présenter à côté des sangsues avec cet avantage qu'il ne soustrait pas de sang pur et, par conséquent, qu'il n'anémie pas le sujet.

Les ventouses scarifiées semblent réunir les avantages des sangsues et des sinapismes, sinon du vésicatoire volant; aussi sont-elles employées par quelques praticiens de préférence aux annélides; d'autant que le verre à ventouse est toujours à la portée de la main, tandis que, dans nombre de circonstances, les sangsues font défaut.

Le sinapisme, sur la paroi du tronc qui répond à la douleur, est un bon moyen contre le point hépatique et contre le phénomène, douleur de l'hépatalgie.

Ceux qui, comme Thévenot, ont comparé la fréquence de l'hépatite à la rareté des affections pulmonaires dans les colonies, ont fait faire au traitement de l'inflammation du foie un grand pas. Ils ont établi un parallèle entre les symptômes, qui devait bientôt solliciter les praticiens à essayer les mêmes moyens thérapeutiques, et depuis longtemps, on a employé, sur une vaste échelle, la potion rasorienne à l'émétique dans l'hépatite, comme on l'employait en Europe dans le même temps contre la pneumonie. Or, on en a tiré de très-bons efetfs. Pour ma part, j'ai employé un grand nombre de fois cette potion rasorienne dans ma pratique au Sénégal, comme à la Martinique, et j'ai obtenu toujours un amendement des symptômes inflammatoires qu'on eût pu appeler une jugulation. Donc, je signale la potion à 20, 30 ou 40 centigr. de tartre stibié ou à 2 gr. de poudre d'ipéca, si on veut déprimer moins le sujet, à prendre par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure. Mais, pour être dans le vrai, il faut avouer que tous les moyens dirigés contre l'hépatite aiguë ont très-rapidement raison des douleurs, produisent une sédation qui paraît très-heureuse, mais qui, malheureusement,

est sans résultat bien évident sur la marche ultérieure de la maladie.

Haspel et nombre de médecins militaires de l'Algérie ont préconisé le vomitif au lieu de la potion contre-stimulante; je l'ai mis en usage aussi, et nombre de fois mes prédécesseurs y ont eu recours. C'est un moyen moins douloureux qu'on n'est porté à le penser de prime abord, car, dès les premiers spasmes du vomissement, la douleur hépatique diminue et disparaît; il est assez analogue au moyen précédent, mais lui est inférieur, il me semble, au point de vue de l'efficacité immédiate.

Les purgatifs ont été largement mis en œuvre dans le traitement de l'hépatite, et, pour agir sur l'estomac, sur le foie ou sur l'intestin, on a songé à nombre d'évacuants; cette idée des purgatifs a même peut-être servi de transition entre d'autres médications de l'hépatite et l'emploi du calomel.

Les purgatifs font, d'une manière générale, un bon effet dans le traitement de l'hépatite, mais tous ne sont pas également indiqués, à mon avis; ainsi les drastiques qui vont agir sur le gros intestin me semblent tout à fait irrationnels, disons-le, dès le début, lorsqu'on peut penser à une lésion matérielle de la muqueuse. L'huile de ricin, la manne, les purgatifs salins constituent d'excellents moyens qui permettent d'agir d'une manière assez variée pour n'avoir pas besoin de recourir soit aux drastiques, soit au calomel.

Je viens de prononcer le nom du médicament qui a été considéré longtemps comme le spécifique contre l'hépatite aiguë, et qui, au moment présent encore, jouit, auprès de quelques praticiens, d'une funeste faveur. Je me suis assez étendu sur le compte de ce calomel en m'occupant de la fièvre mélanurique pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici; j'y renvoie le lecteur et j'ajoute que je voudrais, pour le bien, pour la vie même de nombre de malheureux, voir ce calomel sinon banni d'une manière absolue de la thérapeutique des pays chauds, au moins employé beaucoup plus rarement qu'on ne le fait.

ABCÈS DU FOIE.

A la suite de la période de phlegmasie aiguë que nous venons d'étudier, ou bien dans le cours de période d'hypérémie chronique, ou bien encore pendant ou après l'évolution d'une dysentérie plus ou moins grave, on voit survenir, dans la plupart des pays chauds et à la Martinique plus souvent que dans plusieurs autres, une suppuration du foie qui fait courir les plus grands dangers aux individus, et qui mérite d'autant plus de nous arrêter que son histoire

est encore une des choses les plus obscures de la pathologie exotique.

Nous n'avons pas l'espérance de vider ici un grand débat, soulevé depuis longues années entre les médecins coloniaux, touchant les abcès du foie; mais cependant, en nous servant des travaux de nos prédécesseurs comme en présentant le résultat de nos réflexions sur le sujet, nous pourrons peut-être apporter un peu de jour dans cette question encore si embrouillée.

Tout d'abord, il nous faut insister avec soin sur ce fait, déjà répété plusieurs fois, mais qui est assez important pour mériter qu'on y revienne encore; c'est que l'abcès du foie peut avoir deux origines bien distinctes : A. Provenir du fait d'une phlegmasie hépatique essentielle sans altération primitive et même consécutive appréciable de l'intestin; B. Il peut être la suite et la conséquence directe, immédiate ou éloignée, de la dysentérie. Cette distinction est capitale, et on verra, d'ailleurs, par la suite, combien il est utile de ne pas la négliger; aussi vais-je y apporter tout mon soin.

A. *Abcès tropical.* — Cette variété, appelée par plusieurs auteurs abcès tropical, est le résultat de la terminaison par suppuration d'une phlegmasie franche de l'organe hépatique, phlegmasie dont on comprend très-bien l'origine et le mécanisme par le fait de la suractivité de l'organe. Il s'est passé dans le foie, chez l'Européen arrivé dans les pays chauds depuis peu de temps, ce qui se passe chez la nouvelle accouchée au début de l'allaitement, une fluxion sanguine, un accroissement de travail glandulaire qui, dépassant les bornes physiologiques, atteint la véritable inflammation et n'a pas eu le bénéfice de la terminaison par résolution bien complète. Cet abcès a pour caractère d'être, en général, solitaire et souvent assez volumineux; son pus est, on le comprend, plus louable, toutes choses égales d'ailleurs, que les autres au moins au début, alors que d'autres facteurs ne sont pas venus altérer sa nature. Il est entouré de tissu hépatique relativement assez sain, ou au moins atteint de phlegmasie franche capable de résolution. C'est lui qui peut s'entourer d'une membrane pyogénique et se limiter si bien et si complètement qu'il constituera parfois une véritable poche kystique subissant même une régression lente et ménagée qui diminuera son volume par condensation du pus emprisonné, la dernière limite de cette régression étant la cicatrice étoilée avec ou sans noyaux calcaires à son centre.

On rencontre assez rarement dans les autopsies des faits qui soient bien probants pour mettre en lumière cet abcès tropical, et la plupart des abcès du foie qu'on voit sur la table d'amphithéâtre

sont si différents de ce que nous venons de dire, que plusieurs observateurs ont repoussé la distinction que nous venons de faire. Ils ont eu tort à mon avis, et, en effet, remarquons que très-généralement l'individu qui meurt d'abcès du foie a présenté, dans les derniers temps de sa maladie, une infection septicémique qui est venue étrangement obscurcir les caractères de la lésion primitive. Mais le raisonnement montre tout d'abord clairement à l'esprit la possibilité de l'existence de cet abcès tropical, et d'ailleurs les faits le démontrent; ainsi quand on trouve, par exemple, un de ces abcès tropicaux sur un cadavre mort d'une affection intercurrente étrangère. J'ai rapporté, dans le tome II de mon travail sur les *Maladies du Sénégal* (p. 52), l'observation d'un nommé Miché, qui me paraît typique pour le cas que je veux faire admettre. En effet, ce pauvre diable fut pris d'ictère avec embarras gastrique peu de jours après son arrivée dans la colonie, et eut un abcès du foie sans avoir présenté d'atteinte de dysentérie.

Abcès dysentérique. — L'abcès du foie qu'on observe à la suite de la dysentérie est de nature septicémique, c'est une véritable infection putride, résultat des ulcérations intestinales, absolument comparable à cette infection de même nature qui provoque la suppuration hépatique dans mille affections, depuis les hémorrhoïdes enflammées jusqu'aux plaies de tête. Il n'est pas nécessaire, j'espère, d'insister plus longuement pour le définir, et il nous suffit de dire qu'il a, lui de son côté, par sa nature, certains caractères qui sont assez spéciaux, et, en effet, on comprend qu'il soit le plus souvent multiple, car on peut se représenter par la pensée dix, vingt, cinquante petits noyaux putrides venant provoquer dix, vingt, cinquante petits abcès dans tel ou tel point de la glande hépatique.

Voilà l'affection spécifiée dans sa simplicité théorique, et encore faut-il reconnaître que, tant pour l'abcès tropical que pour l'abcès dysentérique, il y a des sous-catégories à établir. Le tableau suivant va nous le montrer, du reste.

Dans chacun de ces cas, il peut se présenter plusieurs variétés que nous allons indiquer dans le tableau suivant pour bien familiariser le lecteur avec elles :

A. *Abcès idiopatique ou tropical*	Succédant à une phlegmasie aiguë survenue peu de temps après l'arrivée dans la colonie.
	Succédant à une ou plusieurs poussées aiguës survenues dans le cours d'un long séjour colonial.
	Succédant à une violence extérieure.

B. *Abcès dysentérique*
- Succédant immédiatement à une dysentérie aiguë chez un individu arrivé depuis peu dans la colonie.
- Succédant immédiatement à une dysentérie aiguë chez un individu habitant la colonie depuis longtemps.
- Succédant tardivement à une dysentérie aiguë ou chronique, avec exacerbations aiguës.

Nous arrivons, on le voit déjà, à six catégories assez distinctes, et il faut convenir que, pour envisager tous les cas possibles, on doit admettre bien d'autres combinaisons, et, en effet, que de fois, par exemple, une violence extérieure se produit sur l'hypochondre d'un individu atteint d'une hypérémie hépatique chronique, résultat d'une vieille dysentérie qui a porté dans l'organe des produits assez irritants pour le rendre maladif, mais assez peu putrides, ou bien en assez petite quantité, pour ne pas provoquer des abcès septicémiques du premier coup.

D'autre part, supposons une première atteinte de dysentérie retentissant sur le foie, et nous voyons une épine qui pourra un jour ou l'autre, par le fait d'une prolongation de séjour dans la contrée tropicale, aboutir à une suppuration pour la moindre raison. Enfin, on peut se représenter une première atteinte d'hépatite idiopathique se terminant par une résolution imparfaite et entraînant une altération de la sécrétion biliaire qui, à son tour, peut engendrer la dysentérie, laquelle fournira à son heure des produits septiques qui provoqueront une hépatite dysentérique entée sur un substratum d'abcès tropical.

Toutes ces combinaisons, dont l'esprit entrevoit parfaitement la possibilité, se compliquent, s'additionnent, se multiplient suivant le cas, en produisant, en définitive, des résultats tels qu'on a eu bien raison de dire depuis longtemps que l'abcès du foie est une maladie extrêmement grave, extrêmement dangereuse, et, en effet, à l'exception de cas très-simples et dans lesquels, par un concours très-heureux de circonstances, les complications possibles ont fait toutes défaut, le danger ne peut, le plus souvent, être conjuré, et la vie du sujet y succombe.

Il y aurait, on le comprend, le plus grand intérêt pour le médecin et la plus grande utilité pour le malade à faire le diagnostic différentiel, mais la chose n'est pas facile en général. On a bien dit, par exemple, que l'ictère est plus fréquent dans l'abcès dysentérique ou pyohémique que dans l'abcès tropical, mais le seul criterium solide que l'on ait est le commémoratif, et encore il est

bien rare que le sujet puisse dire, d'une manière bien positive, si les phénomènes d'hépatite ont précédé les poussées de dysentérie qu'il a eues ; si ces poussées ont été plus ou moins sévères, et encore on comprend que, dans l'immense majorité des cas, on ne peut avoir une opinion bien arrêtée à cet égard.

Qu'il soit dû purement à l'influence tropicale ou bien qu'il soit la conséquence d'un empoisonnement septique engendré par la dysentérie, l'abcès du foie a deux manières de procéder qui sont assez distinctes et que nous devons étudier séparément, sous le rapport des symptômes et de la marche de la maladie. Tantôt il suit une évolution aiguë, tantôt il a des allures de chronicité.

Abcès marchant avec les allures de l'acuité.— Dans le cours d'une hépatite aiguë de nature tropicale ou dysentérique, on voit tout à coup se manifester les symptômes de l'abcès du foie, et ici plusieurs cas peuvent se présenter : tantôt l'inflammation, qui était vive et qui semblait n'être influencée en rien par la thérapeutique, s'arrête tout à coup plus vite presque que si la guérison par résolution survenait, tous les phénomènes aigus disparaissent, mais le sujet n'entre pas en convalescence cependant, et après deux, trois, cinq, huit jours d'un état insidieux qu'on ne pouvait définir, on constate les phénomènes sensibles ou rationnels de l'abcès du foie.

Tantôt, au contraire, les accidents graves vont en augmentant de nombre et d'intensité, le pouls devient concentré et irrégulier, de petites exacerbations fébriles viennent se surajouter à un état de fièvre continue déjà très-accentué ; l'ictère se prononce un peu plus même quelquefois, et cela surtout quand il s'agit de l'abcès dysentérique. Puis des phénomènes, dits typhoïdes, se manifestent et le malade succombe bientôt aux progrès de la suppuration qui entraîne des accidents mortels d'infection putride. Disons que cet état est parfois si insidieux que la véritable maladie n'est reconnue qu'à l'autopsie, et c'est ainsi qu'on voit, dans les archives de tous les hôpitaux coloniaux, nombre de faits portés comme fièvre typhoïde, pleurésie, accès pernicieux pendant la vie du sujet, et comme abcès du foie à l'autopsie. Et il ne faut pas, dans ces cas, accuser d'impéritie le médecin traitant, car nombre de fois le plus habile s'y serait trompé.

Abcès marchant avec les allures de la chronicité. — A proprement parler, ce cas n'est que l'exagération de la première catégorie des précédents, c'est-à-dire que l'inflammation paraît tombée et qu'il s'écoule beaucoup plus de temps entre cette période d'inflammation et le moment où les phénomènes de l'abcès du foie se manifestent. Il arrive souvent que le sujet, au lieu de se relever après une at-

teinte aiguë d'hépatite, qui avait semblé n'avoir qu'une intensité médiocre, reste faible, s'amaigrit, voit sa peau prendre la teinte terreuse, etc., etc., et, dans ces cas, les médecins, qui ont une certaine habitude des maladies des pays chauds, songent à l'abcès du foie et se trompent rarement dans leur diagnostic. Mais il ne faut pas croire que ce diagnostic soit toujours facile, et, en effet, le malade présente parfois des accès de fièvre réguliers ou irréguliers, avec frissons, chaleur, sueur, et plus d'une fois on croit aux phénomènes de l'impaludation au lieu d'y reconnaître les symptômes de la suppuration hépatique.

Les médecins qui n'ont pas pratiqué dans les pays chauds pensent que, dans tous les cas d'hépatite ou d'abcès du foie, il y a douleur du côté, spontanée ou provoquée par la pression ou la percussion, mais on ne tarde pas, dans les colonies, à constater le contraire, car la douleur est souvent nulle et, même alors qu'elle existait précédemment, il arrive souvent qu'elle diminue, et c'est à mesure que l'abcès progresse.

La respiration reste bien courte et comme bridée dans plus d'un cas, mais ce symptôme est assez peu accusé dans bien d'autres pour passer inaperçu aux plus attentionnés. Les douleurs sympathiques de l'épaule, de l'aine, etc., etc., ne peuvent être invoquées de leur coté, car tantôt ces douleurs aiguës ou sourdes sont seulement l'indice d'une hépatalgie sans gravité, d'autres fois on voit une hépatite marcher jusqu'à la suppuration sans les avoir présentées.

On me permettra de ne pas m'étendre plus longuement sur l'exposition des symptômes de l'abcès du foie. Il me semble que, dans un travail de la nature de celui-ci, il suffit de dire que l'insidiosité est le caractère spécial de l'hépatite tournant ou non à l'abcès du foie, et après avoir recommandé aux jeunes médecins de surveiller de très-près l'organe hépatique chez tous, et toujours, nous pouvons abandonner le sujet, ajoutant cependant que, quelle que soit leur attention, ils doivent s'attendre à se laisser plusieurs fois tromper par cette affection insidieuse entre toutes.

L'abcès du foie une fois formé peut se terminer de plusieurs manières, quelle que soit son origine : il peut A. se résorber; B. s'ouvrir dans la poitrine, dans le péritoine, le tube intestinal, le rein; C. cheminer vers le dehors soit directement, soit par un chemin plus ou moins détourné. Nous ne reviendrons pas ici sur la distinction à établir entre l'abcès dysentérique et l'abcès tropical, car elle n'est plus à faire pour le cas présent, qui implique naturellement que les phénomènes généraux d'acuité, fièvre de résorption, dy-

sentérie, etc., etc., sont devenus modérés pour donner à la maladie une évolution assez lente, sinon chronique, pour ainsi dire.

A. *L'abcès se résorbe.* — Si l'abcès se résorbe, les phénomènes vont diminuant et s'amendant peu à peu, puis disparaissent et la santé absolue ou relative s'observe enfin. Ces cas de résorption sont, je crois, infiniment plus fréquents qu'on ne le croit et appartiennent autant à l'hépatite tropicale qu'à l'hépatite dysentérique. Les conditions ont été telles que la maladie n'a pas emporté le malade, qu'on me passe le mot, que l'affection locale a été assez minime pour ne pas terrasser la résistance vitale du sujet, et le sujet a guéri tout simplement et peu à peu : par la *vis medicatrix naturæ*, auraient dit les médecins du siècle passé.

J'ai cité, dans mon *Étude sur les maladies des Européens au Sénégal*, t. II, p. 39, une autopsie dans laquelle nous avons vu deux abcès du foie en voie de résolution; ces faits sont assez fréquents dans les pays chauds pour qu'il soit inutile d'en rapporter d'autres ici.

B. *L'abcès s'ouvre dans la poitrine, le péritoine, l'intestin ou le rein.* — Il faut parler séparément de ces diverses terminaisons qui diffèrent notablement sous le rapport des phénomènes comme de la gravité.

Poitrine. — Dans le cours de l'évolution de l'abcès du foie et à mesure qu'il avance vers le diaphragme, il y a des phénomènes d'irritation pleurale ou bronchique qui, dans les cas où les symptômes de l'abcès du foie avaient été obscurs, ce qui est fréquent, peuvent paraître essentiels. Le nombre de fois où j'ai vu un abcès du foie de cette catégorie être considéré comme une pleurésie ou une pneumonie simples par des médecins de grande valeur, est considérable. Je n'en citerai pas d'exemple, de peur que quelques camarades ne puissent se croire mis directement en cause pour cette erreur de diagnostic, mais j'insisterai sur le fait de la grande fréquence d'une telle erreur, qu'il ne faut pas mettre sur le compte de l'impéritie du médecin dans la grande majorité des cas.

Lorsque l'abcès s'ouvre dans la poitrine, il peut se présenter deux cas : Ou bien le poumon adhère à la plèvre enflammée, de sorte que le pus suit par un canal continu depuis le foie jusqu'aux grosses bronches, et le malade crache son abcès. Ou bien le poumon reste libre et le pus s'épanche dans la plèvre constituant une véritable pleurésie purulente.

La terminaison par ouverture dans le poumon et crachement de l'abcès est une des plus heureuses; j'ai vu nombre de sujets guérir dans ces conditions, et si le trajet est assez sinueux pour que le

contact de l'air n'aille pas rendre l'abcès putride dans la glande hépatique, on voit souvent la question se réduire à une lutte entre le mal et les forces du sujet. Les forces sont-elles assez résistantes pour durer plus longtemps qu'il n'en faut à l'abcès pour se vider et à la réparation pour se faire : la guérison survient ; la condition contraire existe-t-elle : c'est la mort.

L'ouverture de l'abcès dans la plèvre est plus grave que la précédente, toutes choses égales d'ailleurs, mais aujourd'hui que nous avons les trocarts capillaires et l'aspiration, on peut, plus souvent que jadis, enlever une bonne partie du pus sans courir le risque de la transformation putride, et la guérison peut s'observer. Mais n'oublions pas de le spécifier, elle est beaucoup plus rare, car trop souvent, en soutirant le pus, on laisse entrer de l'air, ou bien même, par le fait de l'inflammation de la plèvre, la situation se complique au point de venir à bout de la résistance vitale du sujet.

Péritoine. — Il survient parfois spontanément et sans signe précurseur, mais le plus souvent après des indices qui ont duré plusieurs jours, une douleur violente dans l'abdomen, qui s'empâte, se tuméfie, devient atrocement douloureux en même temps que la fièvre s'allume. Le pouls est petit, serré, extrêmement rapide, et bientôt le hoquet, l'agonie et la mort.

Tube digestif et rein.— Les signes précurseurs sont nuls, peut-on dire, tant ils sont obscurs, on n'est prévenu de l'ouverture que par l'apparition du pus dans les vomissements, les selles ou les urines. Je n'ai jamais vu, pour ma part, un abcès s'ouvrir dans l'estomac, mais j'en connais des exemples irrécusables. J'ai vu guérir aujourd'hui plus de dix abcès ouverts dans l'intestin et un cas incontestable d'ouverture dans le rein. L'évacuation d'un abcès du foie par l'intestin est, de toutes les terminaisons, la préférable après la résolution.

Ouverture au dehors. — Lorsque l'abcès doit s'ouvrir au dehors, on voit une voussure du côté droit ou de l'épigastre se prononcer de plus en plus, un empâtement des tissus environnants se manifester peu à peu et devenir de plus en plus sensible ; la peau finirait même par s'amincir et se perforer dans certains cas, si on n'intervenait pas préalablement.

Le traitement de l'abcès du foie diffère suivant le moment où l'on examine le malade, la nature de l'hépatite, dans quelques cas, et surtout le siége de la collection purulente. Je vais m'en occuper en détail ; mais, tout d'abord, je ne saurais trop le répéter au lecteur : les résultats de l'intervention chirurgicale sont si déplorables, les guérisons spontanées sont si heureuses et surviennent parfois d'une

manière si inespérée que je suis d'avis de n'intervenir dans la maladie qui nous occupe que lorsqu'il est absolument indispensable de le faire. D'ailleurs, après avoir énuméré les divers moyens thérapeutiques, je reviendrai sur ce point.

Je n'ai pas à parler, on le comprend, des moyens médicaux, ce que j'ai dit à propos du traitement de l'hépatite aiguë m'en dispense, et nous supposons donc qu'après leur emploi sans résultat utile, l'abcès est arrivé à se colliger et à faire saillie, ou au moins à ne pas pouvoir passer inaperçu.

Dans mon *Étude sur les maladies des Européens au Sénégal*, je me suis longuement occupé des ponctions du foie faites à l'aide d'un trocart capillaire pour établir le diagnostic, j'ai insisté sur l'innocuité de ces ponctions, et j'ai rapporté maintes observations de nature à fixer les idées. Depuis la publication de ce travail, j'ai fait et vu faire cette exploration nombre de fois, sans que jamais il y ait eu la moindre apparence d'accident. Donc je renvoie au passage précité (*Maladies du Sénégal*, t. II, p. 59), sans avoir rien à y contredire. Ajoutant que, dans plus d'une circonstance, ainsi que je le dirai tantôt, il faudra se résoudre assez facilement à pratiquer cette petite opération, exempte de danger, avec les trocarts capillaires et les aspirateurs de Dieulafoi ou de Potain.

On a dit que, lorsque l'abcès du foie est arrivé à un certain point de son évolution et qu'il menace de faire éruption au dehors, il faut l'ouvrir. J'aurai ultérieurement à dire si je partage ou non cette opinion pour tous les cas ou pour quelques-uns seulement. Dans ce moment, je dois énumérer les moyens mis en œuvre pour l'évacuation. Ces moyens se partagent en trois catégories :

A. La cautérisation.
B. L'incision.
C. La ponction.

A chacune d'elles se rattachent divers procédés, que nous allons présenter sous forme de tableau pour les montrer d'un seul coup d'œil

CAUTÉRISATION.	*Procédé ancien.* — Cautère actuel.	
	Procédé de Récamier. — Potasse caustique à plusieurs reprises.	
INCISION.	*Procédé de Begin.* — 1er temps : incision jusqu'au péritoine ; donner le temps aux adhérences de s'établir. — 2e temps : incision.	
	Procédé de Graves. — 1er temps : comme le précédent ; laisser faire saillie à la tumeur dans la plaie. — 2e temps : comme le précédent.	
	Procédé de Horner. — 1er temps : comme le précédent. — Suture du foie à la paroi abdominale.	
	Procédé de Vidal de Cassis. — 1er temps : incision jusqu'au voisinage du péritoine. — 2e temps : cautérisation potentielle.	
	Procédé de Cambay. — 1er temps : comme les précédents. — 2e temps : ponction au trocart ; laisser la canule en place.	
PONCTION.	*Procédé de Boyer.* — Bistouri étroit.	Procédé ordinaire. Aspiration à l'aide d'une ventouse.
	Ponction au trocart simple.	Procédé ordinaire.
	A ciel ouvert ou méthode sous-cutanée.	Aspiration.
	Procédé de l'auteur. — Ponction au trocart et cautérisation actuelle du trajet avec ou sans aspiration.	

La plupart de ces diverses méthodes et les procédés qui s'y rattachent ne sont pas sans avoir quelques inconvénients ; en effet, la cautérisation actuelle étant à peu près délaissée pour la cautérisation potentielle de Récamier, on peut dire qu'elle exige un temps assez long et, à ce titre, est entachée d'une sérieuse défectuosité, car elle laisse le malade pendant dix ou quinze jours sous la menace d'une rupture mortelle du kyste.

L'incision expose peut-être trop à l'inflammation du péritoine et à l'épanchement du pus, sans compter que c'est une opération chirurgicale qui, sans être difficile par elle-même, ne manque pas d'être délicate, parce qu'elle expose à des lésions vasculaires et nécessite la division des tissus à une certaine profondeur quand le sujet a un peu d'embonpoint. Dutrouleau rapporte (p. 526) un fait de mort par péritonite, à la suite d'une incision d'abcès du foie. La modification de Cambay n'est qu'un palliatif très-aléatoire contre l'épanchement ; celle de Horner est assez peu heureuse pour être délaissée aujourd'hui.

La ponction, de son côté, est incomparablement plus facile à pra-

tiquer, car c'est une opération très-simple, mais elle m'a semblé longtemps menacer très-grandement le sujet des immenses dangers de l'épanchement dans le péritoine pendant l'opération par le procédé ordinaire; après, si on a employé l'aspiration.

Comme la simplicité de la ponction au troçart m'avait séduit de prime abord, je cherchai le moyen de faire disparaître les chances d'épanchement du pus dans le péritoine, et j'y arrivai d'une façon très-simple : en faisant chauffer à blanc un petit cautère actuel du diamètre du trocart et en le plongeant dans la canule pour l'y laisser éteindre quand le pus a cessé de s'écouler au dehors; voici d'ailleurs la description du procédé.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, le point où l'abcès est le plus facilement accessible étant déterminé, on plonge, par une pression continue et lente, un trocart garni de sa canule. Quand on est arrivé dans la poche, on retire le trocart, on laisse écouler le pus simplement au dehors ou on en provoque la sortie à l'aide d'une ventouse ou de l'aspirateur, et, quand le pus a cessé de couler, on introduit, à deux ou trois reprises, un morceau de fil de fer ro à blanc dans la canule, afin de produire une escharrification cylindrique par l'action conductrice de cette canule.

J'ai pratiqué un assez grand nombre de ces ponctions du foie avec cautérisation du trajet pour pouvoir affirmer l'innocuité de l'opération. J'ai, en outre, eu l'occasion de faire une autopsie qui m' montré que, par cette cautérisation actuelle du trajet, on établit instantanément des adhérences très-solides entre la surface du foie et la paroi abdominale, de sorte que je n'hésite pas à préconiser ce procédé de préférence aux autres, dont je me suis occupé précédemment.

J'ai dit tantôt que la ponction m'a semblé longtemps exposée à des dangers d'épanchement; depuis j'ai été porté, par l'examen des faits, à penser que, dès que le pus s'approche de la périphérie du foie, il provoque une irritation dont la conséquence est l'adhérence de la glande à la paroi abdominale dans une assez grande étendue, de sorte que la cautérisation du trajet du trocart me paraît une précaution inutile dans nombre de cas, et je ne me suis décidé à la signaler que pour donner, le cas échéant, une sécurité de plus à celui de mes successeurs qui craindrait l'épanchement péritonéal.

Le procédé opératoire d'ouverture des abcès du foie est donc déterminé d'une manière précise, disais-je dans mon *Étude sur les Maladies du Sénégal*, t. II, p. 68. C'est la ponction au trocart avec ou sans cautérisation du trajet; aujourd'hui j'ajoute, de la manière la

plus positive, que c'est la ponction avec le trocart le plus petit possible et l'aspiration, la ponction aspiratrice en d'autres termes.

Il ne suffit pas d'avoir énuméré les procédés d'ouverture des abcès du foie, il faut se demander surtout s'il est opportun, dans certains cas, d'intervenir chirurgicalement ou non. Eh bien, les auteurs qui se sont occupés de la pathologie exotique se rangent, sous ce rapport, en trois catégories. Les uns prétendent qu'il faut agir; les autres disent qu'il ne faut agir que dans quelques cas; les troisièmes conseillent de ne pas agir dans aucune circonstance; on comprendra facilement le perplexité du médecin qui débute en pareille occurrence.

Chaque partisan d'une des trois méthodes précitées s'appuie sur des raisons qu'il croit très-valables et que nous allons énumérer.

A. Les partisans de l'abstention disent que : 1° le pus peut fuser dans le péritoine entre la plaie du foie et celle de la paroi abdominale en cas d'opération; 2° que l'air pénétrant dans le foyer rallume l'inflammation, provoque la décomposition putride du pus. La première de ces propositions est de peu de valeur, à mon avis, car j'ai constaté par l'examen de plus de cinq cents autopsies que, dans l'immense majorité des cas, des adhérences existent de très-bonne heure, de manière à empêcher cet épanchement. Mais la seconde proposition, la fâcheuse influence du contact de l'air sur le pus de l'abcès, est capitale, je crois, et capable de faire rejeter à elle seule toute intervention chirurgicale dans un très-grand nombre de cas, le plus souvent même, ajouterai-je.

B. Les partisans de l'opération disent que, si on laisse évoluer l'abcès sans y toucher : 1° l'abcès devient de plus en plus gros dans quelques cas et peut finir par faire une véritable poche purulente, une sorte de kyste dans lequel tout le tissu hépatique s'est transformé en pus; 2° la rupture de l'abcès peut provoquer une péritonite mortelle; 3° le pus peut aller vers le péricarde, ou la plèvre; 4° le malade peut mourir d'épuisement par le fait d'une suppuration trop prolongée. Mais, pour ma part, je ne trouve pas ces raisons également puissantes, et j'avoue que, après avoir étudié avec grand soin un nombre considérable d'abcès du foie, je suis arrivé à penser que les cas de leur première proposition sont dévolus à une mort certaine, quoi qu'on fasse, par conséquent, il est inutile d'opérer. La pénétration du pus dans le péritoine ne peut être empêchée par l'opération; elle tient au siége de l'abcès, d'après ce que j'ai constaté, elle est l'apanage de certains abcès de la face inférieure; or, dans cette catégorie, la suppuration est si profonde que non-seulement l'opération est difficile, mais elle est même impossible dans

plusieurs cas. La migration vers le péricarde est si rare, celle vers la plèvre est si souvent favorable à cause de la possibilité d'une vomique, qu'il suffirait pour moi de voir un abcès se diriger de ce côté pour me décider à ne rien tenter par ailleurs. Enfin, si le malade peut succomber à une suppuration close, ne mourra-t-il pas dix fois plus vite sous l'influence d'une suppuration altérée par le contact de l'air?

C. Les partisans de la troisième opinion, tenant compte de toutes les objections, disent qu'il faut s'abstenir le plus souvent et céder à l'opération dans le cas d'indication absolue, c'est-à-dire quand l'abcès vient amincir la paroi abdominale, de manière à faire craindre son ouverture spontanée. Je suis, pour ma part, de cet avis, qui est, il me semble, celui qui est le plus prudent.

Murchinson (*Leçons cliniques sur les Maladies du foie*, p. 196) pose les conclusions suivantes :

A. Dans tous les cas où il y a une tumeur fluctuante, opérez.

B. Dans les cas où existent les symptômes d'abcès du foie avec une tumeur distincte dépassant le contour normal du foie ou produisant une voussure des côtes, quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation, il sera bon d'opérer.

C. Lorsque les symptômes d'abcès coexistent avec une augmentation uniforme du volume du foie, mais sans tumeur ou voussure distincte, s'il y a œdème local ou effacement d'un espace intercostal, ou douleur localisée en un endroit lorsqu'on y exerce une pression, ou lorsque le malade fait une large inspiration, il sera également bon d'opérer.

D. S'il n'y a pas de signes locaux d'abcès, mais si les symptômes constitutionnels ne laissent que peu de doute sur son existence et s'ils sont graves, on fera bien de pratiquer une ou plusieurs ponctions exploratrices avec l'aspiration. Même si on n'atteint pas l'abcès, la soustraction d'une petite quantité de sang du foie amène parfois un grand soulagement.

E. Lorsque, par suite de la présence de l'ictère ou autres symptômes, on a lieu de craindre que les abcès soient nombreux, il vaudra mieux s'abstenir de toute opération.

Je ne puis, pour ma part, partager toute l'opinion du savant médecin anglais, et, après longues méditations, j'en suis arrivé à penser que, dans les cas seulement où il y a tumeur fluctuante visible avec tendance à l'amincissement de la paroi, il faut opérer, car, dans maintes et maintes circonstanees, plus de vingt fois pour donner des chiffres, j'ai vu la suppuration se localiser, l'abcès diminuer et la guérison survenir après avoir menacé de perforer la

paroi abdominale, et je n'ai pas vu cinq cas bien avérés de guérison d'un abcès du foie opéré dans toute ma pratique coloniale.

Quand l'abcès marche vers le péritoine, je ne vois pas l'indication de l'opération, car jusqu'au moment de l'épanchement, on peut espérer l'ouverture dans le tube digestif qui est la terminaison favorable par excellence, alors que l'opération est si souvent suivie de mort. S'il marche vers la plèvre, le poumon, je ne suis pas d'avis d'intervenir, une vomique est très-désirable dans la triste situation où se trouve le sujet. L'opération de l'empyème avec aspiration me semble, toute grave qu'elle soit, moins grave que l'ouverture directe de l'abcès du foie.

Sans doute, si je pouvais savoir, en présence d'un abcès du foie, et cela d'une manière bien précise, que c'est un abcès tropical simple, unique, je me déciderais facilement à l'opération, car je crois que c'est dans des cas pareils qu'on a obtenu des succès; mais combien de fois un abcès primitivement tropical, si on veut me passer le mot, ne s'est pas transformé en abcès dysentérique? Et dans ce cas, non-seulement les foyers sont multiples, mais encore le pus est tellement altéré du premier coup que l'opération n'a aucune chance de réussir.

Voici ce que j'écrivais dans mon *Étude sur les Maladies du Sénégal* (t. II, p. 69) : « Après une longue pratique, de nombreuses observations et d'incessantes réflexions sur ce sujet, je suis revenu grandement de ma première opinion favorable à l'opération. Je ne considère aujourd'hui l'évacuation du pus d'un abcès du foie comme indiquée, que lorsque l'abcès est bien tangible au toucher, qu'il ne paraît avoir aucune tendance à se vider soit dans les bronches, soit dans le tube digestif, et enfin quand l'état général est assez bon pour pouvoir espérer qu'il suffira au long et difficile travail de réparation qu'il faut qu'il fasse. »

« Faut-il que le sujet ne soit pas dans un état fébrile pour que l'opération soit indiquée? On ne peut pas répondre par oui ou par non à cette question, mais il est très-important cependant d'y répondre, et voici l'opinion à laquelle je suis arrivé : un individu entre à l'hôpital atteint d'une hépatite aiguë, et on assiste à la formation rapide de son abcès; l'état fébrile des premiers jours persiste, passe, sans transition bien apparente, de la fièvre de phlegmasie aiguë à la fièvre hectique; il ne faut pas tenter l'opération, la mort devrait-elle approcher à grand pas, car il est grandement à croire que le sujet est atteint d'une suppuration multiple et mal délimitée du foie; ce n'est pas un abcès circonscrit avec sa membrane pyogénique, mais plusieurs abcès séparés par une sorte de fonte putrilagineuse

circonvoisine de l'organe hépatique, et, dans ce cas, l'opération n'atteindrait qu'une infime partie du mal; elle serait inutile étant tout à fait impuissante. »

« Au contraire, un individu a eu précédemment une hépatite qui a semblé disparaître très-complètement, puis, après un temps long, plusieurs semaines, plusieurs mois écoulés sans fièvre et avec l'apparence d'une santé moyenne, les phénomènes d'un abcès du foie se sont montrés sans réaction fébrile. Ce n'est qu'ultérieurement que des symptômes de fièvre hectique se sont manifestés, d'abord très-obscurément, puis s'accentuant peu à peu et d'une manière lente. Le médecin devra hésiter; il est possible que la fièvre actuelle soit une véritable fièvre hectique entretenue par la présence du pus et, dans ce cas, *sublata causa tollitur effectus;* mais il ne faut pas se dissimuler que la chance est très-aléatoire. Si on veut toute mon opinion là-dessus, je dirai que, dans un pareil cas, j'opérerais en pensant cependant que la mort sera la terminaison de la maladie. »

« Si les phénomènes d'abcès du foie se manifestent sans fièvre, d'une manière lente, insidieuse et que la voussure du côté, la fluctuation soient, pour ainsi dire, les premiers et les seuls phénomènes, il y a des chances pour que l'abcès soit circonscrit, unique même parfois, et alors l'opération est tout à fait indiquée. Ne nous berçons pas d'un faux espoir cependant, car neuf fois sur dix au moins, sinon davantage, le sujet est condamné à une mort prochaine. »

« Il est peu de questions qui m'aient autant préoccupé que celle de l'ouverture de l'abcès du foie. Dans les premiers temps de ma pratique sénégalaise, je mettais une sorte d'empressement à diagnostiquer la suppuration hépatique, et, dès que les signes me paraissaient évidents, j'allais plonger le trocart dans le foie. J'ai plus d'une fois émerveillé, pour ainsi dire, mes aides, jeunes gens venant d'Europe, et qui, n'étant pas encore parfaitement prévenus de l'insidiosité de l'hépatite, ne soupçonnaient pas l'existence d'un abcès. J'ai plusieurs fois été béni par des malheureux qui voyaient sortir des flots de pus de leur côté et qui se croyaient guéris à mesure que cette pourriture s'évacuait. Hélas! quel résultat final ai-je obtenu dans tous les cas de ce genre? La mort, et rien de plus. J'ai vu les uns succomber au bout de quelques semaines; les autres durer deux et trois mois, avoir le temps même d'être évacués sur Gorée, d'être embarqués sur un transport, et, avec un peu de bonne volonté, on aurait pu dire qu'ils étaient sortis guéris, ayant quitté la colonie vivants. Eh bien! cette bonne volonté serait coupable: ils

sont tous morts, et je crois que, dans ces cas, la mort est la loi commune, la guérison l'extrême exception. »

« Donc, après mûre réflexion, j'en suis arrivé à penser que l'opération doit être tentée sans hésitation quand on a affaire à un abcès évident sans fièvre ; que l'hésitation est permise quand l'abcès, manifesté sourdement et sans fièvre, s'accompagne peu à peu d'une fièvre hectique ; que l'abstention est la règle dans le cas où l'abcès se forme étant précédé et accompagné sans interruption de fièvre. Dans le premier cas, on peut espérer la guérison, bien que la maladie soit très-dangereuse et souvent mortelle ; dans le second cas, l'opération a bien peu de chances de succès ; dans le troisième, elle n'en a aucune. »

Après avoir pratiqué à la Martinique, je suis devenu encore plus pessimiste pour le pronostic de l'opération, et le nombre des cas où elle me paraît indiquée s'est restreint d'une manière considérable. De sorte que, désormais, je crois, je ne pratiquerai que des ouvertures imposées par la nécessité, cherchant jusqu'au dernier moment à empêcher, par tous les moyens possibles, l'entrée de l'air dans la poche pyogénique.

B. AFFECTIONS THORACIQUES.

Cette sous-catégorie de notre statistique comprend les angines simples et la bronchite d'une part, — la pneumonie et la pleurésie en second lieu, — la phthisie pulmonaire ensuite, — et enfin l'angine maligne ou diphthéritique. On me permettra de parler, à propos de cette catégorie, de certaines épidémies de grippe, de coqueluche, etc., etc., qui ont régné à divers moments dans la colonie ; car, bien qu'il soit discutable qu'elles appartiennent au groupe des affections thoraciques, il est certain qu'elles se rangent parmi les affections qu'on appelle d'habitude catarrhales.

Rufz de Lavison qui a fait, je l'ai dit cent fois déjà, un travail qu'on ne saurait trop louer sur les maladies de la Martinique, a réuni dans un même paragraphe certaines affections qui constituent un groupe très-analogue à celui dont nous parlons ici, et en effet il dit, à propos de ce qu'il appelle bronchites, rhumes, catarrhe pulmonaire, fièvre catarrhale, grippes : C'est la même affection quant au siège, mais diverse par ses formes. Fort de l'opinion de ce maître si autorisé en pathologie antillienne, je n'ai pas hésité à adopter les catégorisations précitées.

Angines simples.— Bronchite.— Grippe.

J'ai cru devoir réunir, dans un même paragraphe, ces trois affections, d'abord parce qu'elles sont très-voisines, et d'autre part, parce qu'elles se succèdent si souvent l'une à l'autre, qu'elles sévissent si régulièrement ensemble, qu'on peut les considérer comme deux localisations de la même influence morbide, se plaçant là ou là suivant les prédispositions personnelles des individus.

Un premier fait doit frapper au sujet de ces angines simples, amygdalites, pharyngites, laryngites, de la bronchite. Ajoutons-y aussi le coryza et cette fièvre catarrhale qu'on a appelée la grippe, car il ne faut pas oublier que tantôt la maladie consiste chez le même individu par une succession de ces localisations morbides, commençant par la muqueuse nasale pour finir aux bronches, ou, au contraire, se montrant aux amygdales ou au larynx suivant telle ou telle prédisposition personnelle. Un premier fait doit frapper, dis-je, c'est la régularité avec laquelle on voit l'influence épidémique, qu'on me passe le mot, augmenter, s'accroître, diminuer, disparaître, pour se montrer de nouveau à mesure que l'année poursuit son cycle des saisons. Et en effet, si nous consultons les tableaux statistiques du premier volume, nous trouvons, à quelques unités près, en rapportant les chiffres de Fort-de-France et de Saint-Pierre au même dénominateur, pour une durée de dix ans, 1866-1875, les proportions suivantes qui nous frappent certainement :

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total.
F.-de-Fr.	140	140	125	125	110	50	60	55	95	100	100	100	1200
S.-Pierre.	120	110	110	100	95	55	70	55	95	130	130	140	1200
Moyenne.	130	125	112	112	100	55	65	55	95	115	115	120	1200

Ainsi, il ressort de ce tableau, d'une manière générale, qu'au mois de juin l'influence catarrhale est au minimum ; aux mois de juillet et d'août c'est la même chose ; on ne voit ces angines simples et ces bronchites, ces rhumes, pour nous servir de l'expression consacrée, que très-rarement. Mais voilà qu'au mois de septembre les premières oscillations de la température font monter la proportion et, à mesure que le fond de l'air est plus frais, c'est-à-dire que les variations nycthérémales sont plus fortes, on voit le chiffre s'élever pour redescendre ensuite quand il y aura une plus grande égalité entre le degré thermique de midi et celui de minuit.

Il y a une légère différence entre les chiffres mensuels de Fort-de-France et de Saint-Pierre. Mais, cependant, les allures sont si exac-

tement les mêmes pour les deux pays, qu'on peut mettre l'écart sur le compte de la différence de population des deux hôpitaux; en effet, au chef-lieu, sont surtout des militaires de la garnison présents dans la colonie depuis quelques mois, une ou deux années même. A Saint-Pierre, c'est presque exclusivement les équipages des navires du commerce passant peu de semaines sur rade, qui fournissent l'effectif nosocomial.

Non-seulement il y a des oscillations mensuelles dans le cours de chaque année pour la fréquence des affections dont nous nous occupons ici, mais encore il y a des oscillations annuelles, bien marquées, et c'est alors que l'influence épidémique est tellement évidente qu'il serait impossible de la mettre en doute. « Ces grippes affectent la population entière, dit Rufz de Lavison ; elles parcourent l'Ile en deux mois ou six semaines, passant d'un lieu à un autre, à de courts intervalles de temps, et sans qu'on puisse saisir rien de régulier dans leur marche; j'ai vu souvent le travail d'une habitation être interrompu à cause du nombre des malades. »

Dans la chronologie que nous avons rapportée précédemment (dans le premier volume), on voit que, souvent, ces épidémies catarrhales ont été observées; c'est ainsi, par exemple, qu'en 1821, 1828, 1829, 1832, 1838, 1840, 1841, 1850, 1851, 1855,1864,1865, on en a constaté de plus ou moins intenses. Et remarquons que je n'ai pas la prétention de les indiquer toutes, car, on le comprend, il est difficile souvent de dire si l'année a été seulement un peu plus chargée que les autres ou si elle a eté traversée par une véritable épidémie.

Chose assez remarquable, c'est que bien des fois ces épidémies se sont montrées à une époque où la fièvre jaune régnait. Dans ces cas, les maladies catarrhales et le typhus amaril ne marchent pas de pair, mais semblent alterner; et, pendant que l'une diminue, l'autre augmente, ce qui nous porte à penser que, dans ce moment, il y a des oscillations climatériques qui penchent tantôt dans un sens tantôt dans l'autre.

Rufz dit, avec raison, que les rhumes sont peut-être plus fréquents à la Martinique que dans les climats froids; la chose se comprend très-bien : les maisons, les vêtements, les habitudes, tout est fait dans le but de soustraire les individus à la chaleur; c'est ainsi que les maisons sont bâties à la campagne sur les coteaux, exposées à tous les vents; en ville, de telle sorte qu'elles soient balayées le plus possible par la brise; les fenêtres n'ont pas de vitres. D'autre part, le moindre mouvement met le corps en sueur et on se complaît, non-seulement à porter des vêtements légers, mais encore à se reposer quand on vient de prendre de l'exercicice ou de travail-

ler dans un milieu ventilé, de manière à ce que la sueur se sèche rapidement et donne cette sensation aussi agréable que dangereuse, appelée le *frais* dans les pays chauds. Sans que j'aie besoin de parler des boissons fraîches ou glacées dont on abuse si volontiers, on voit combien sont fréquentes les imprudences capables de produire le refroidissement intempestif du corps, c'est-à-dire cette grande classe de maladies catarrhales depuis le coryza jusqu'à la dysentérie.

Je n'ai pas à entrer dans de longs détails au sujet du traitement de ces affections catarrhales légères de la poitrine. On comprend que, si je voulais décrire ici toutes les maladies d'une manière complète, il faudrait cinq, six volumes pour remplir mon cadre ; je dirai seulement qu'en soustrayant l'individu aux courants d'air, ce qui est assez difficile, on a déjà une puissante arme thérapeutique. Les potions hypnotiques, les kermès, l'ipéca sont indiqués ici comme partout et sans que j'aie besoin d'y faire une étude à part.

Coqueluche.

Bien qu'on puisse attaquer ma classification par d'excellents raisonnements, je vais dire quelques mots ici de la coqueluche que l'on observe à la Martinique. Rufz de Lavison dit avoir assisté à trois épidémies de coqueluche : une en 1837 (elle dura 8 mois, à partir d'août) ; une en 1845 (8 mois, de mars à octobre) ; une en 1852 (7 mois, de septembre à mars). En 1857, il y en eut une quatrième (7 mois, de septembre à mars) ; enfin, en 1875, il y en eut une cinquième pendant que j'étais moi-même sur les lieux (7 mois, de novembre à mai 1876).

Avec un aussi petit nombre de faits, il est impossible d'établir des règles bien générales, mais, cependant, nous voyons d'abord que c'est ordinairement, à la fin de l'hivernage, au moment du refroidissement de l'atmosphère, que les épidémies de coqueluche se déclarent; il y a cependant une exception (épidémie de 1845) ; mais il est à remarquer que cette année-là les temps furent frais, humides pendant les mois habituellement chauds, de sorte que l'on peut dire que c'est surtout pendant la fraîcheur que sévit la maladie.

Un fait qui ne manque pas d'intérêt, c'est que chaque fois les épidémies de coqueluche ont duré de 7 à 8 mois, et cela d'une manière assez régulière pour qu'on puisse penser qu'il en sera ainsi pour les atteintes ultérieures.

Il n'est pas nécessaire, je crois, d'entrer dans d'autres détails au sujet de la coqueluche qui est semblable, quant à son évolution chez les individus, à ce qui s'observe en Europe et qui, dans tous

les cas, a été assez rare jusqu'ici pour constituer un événement pathologique aussi bénin que peu important.

Pleurésie et pneumonie.

La pleurésie et la pneumonie sont rares à la Martinique; Rufz l'avait déjà constaté, et mes observations propres corroborent cette opinion. Sur 14,000 malades soignés à l'hôpital de Fort-de-France, de 1866 à 1875, on n'en a observé que 72, c'est-à-dire le 0,5 p. 100. A Saint-Pierre il y a eu, dans la même période, près de 5,682 malades, et 19 seulement ont été atteints, soit le 0,3. Je ne chercherai pas la raison de cette particularité, l'activité des fonctions de la peau, la faclité avec laquelle ces fonctions sont rétablies à la suite d'un refroidissement, la température toujours assez élevée d'une manière absolue, enfin peut-être la plus facile localisation des phlegmasies catarrhales sur l'intestin et le foie sont, peut-on penser, cette raison. Ce qui revient à répéter ce que tous les observateurs ont dit avant moi, que, dans la zone tropicale, on s'enrhume de l'intestin et du foie, comme on s'enrhume de la poitrine dans les pays tempérés.

Précisément à cause de la rareté de la pneumonie et de la pleurésie, il faut être en garde contre les erreurs de diagnostic, dit Rufz de Lavison; conseil éminemment sage et qu'on fera bien de ne pas oublier.

Depuis bien longtemps on a fait remarquer que, souvent, ce qu'on a pris dans les colonies pour une pleurésie n'est que l'irritation de voisinage occasionnée par une phlegmasie du foie. J'ai dit et répété à plusieurs reprises, en parlant des maladies du Sénégal, que, trop souvent, on voit des sujets entrer à l'hôpital avec le diagnostic pleurésie, puis à l'autopsie on constate que cette prétendue affection n'est, en somme, qu'un degré de l'inflammation du foie, allant de la pleurite par influence à l'empyème par communication à travers le diaphragme. La même chose s'observe à la Martinique.

La gravité de la pneumonie est, je crois, moindre à la Martinique que dans la zone tempérée; la raison qui rend l'affection moins fréquente réagit ainsi favorablement sur la sévérité. Quant à la pleurésie, on peut dire la même chose en écartant toutefois la pleurésie par retentissement de la phlegmasie hépatique, chose qui se comprend sans explications.

Dans cette étude qui est faite, je n'ai pas besoin de le répéter, à un point de vue tout spécial et restreint, je ne dois pas faire une étude complète de tout le cadre nosologique. Il est naturel que je m'occupe des maladies en raison directe de leur fréquence, et, par

conséquent, on me permettra de ne pas m'arrêter longuement sur le compte des phlegmasies aiguës de l'appareil respiratoire. Je dirai seulement que, dans le traitement de la pneumonie, il faut être, à la Martinique, plus avare de l'émétique qu'en Europe; le tartre stibié provoque en effet dans ce pays, non-seulement sur les créoles de toutes les couleurs, mais encore sur les Européens qui habitent la colonie depuis quelque temps, une dépression qui s'exagère facilement; aussi lui ai-je, pour ma part, préféré l'ipéca dans maintes circonstances, et je m'en suis bien trouvé.

Phthisie pulmonaire.

Rufz de Lavizon, dont il me faut répéter le nom à chaque page de ce livre, pour rendre hommage à sa grande sagacité, fut frappé, dès les premiers temps de son exercice à la Martinique, de la fréquence de la phthisie pulmonaire. Il fit à cette occasion un travail très-intéressant qui fut inséré dans les ***Mémoires de l'Académie de médecine*** (t. X, p. 223), et il concluait à cette triste affirmation que la phthisie pulmonaire est, après la dysentérie chronique, l'affection la plus fréquente dans la colonie.

J'ai pour ma part été frappé, à mon tour, de l'extrême fréquence de cette terrible affection tant sur les Européens que sur les créoles, et j'ai dû naturellement m'en préoccuper d'autant que, la question ayant été traitée magistralement, pour ce qui touche à toute la zone tropicale, par l'éminent inspecteur général de la médecine navale, M. le D[r] Rochard, elle avait non-seulement pour moi l'attrait de l'actualité, mais encore j'étais sûr de trouver, pour mon étude, un guide aussi sûr que séduisant à consulter.

La statistique que j'ai dressée dans le premier volume de ce présent travail ne peut nous fournir que des indications absolument insuffisantes pour bien des raisons; et en effet, un grand nombre de cas de phthisie au début est porté à l'actif d'une autre maladie antérieure ou plus importante au point de vue des droits qu'elle ouvre à une pension de réforme, de retraite, etc., la dysentérie, l'anémie tropicale par exemple; même chose à dire pour les décès et les congés de convalescence, de sorte que, pour des besoins extra-médicaux, il arrive que, une fois sur cinq peut-être, le véritable nom est prononcé tout seul et par conséquent a été porté sur la statistique.

La preuve que je puis donner à l'appui de mon assertion, c'est qu'à l'hôpital de Saint-Pierre les décès de phthisie, de 1866 à 1875, sont entrés pour le 16,4 p. 100, alors que pendant la même période, à Fort-de-France, elle n'a été que de 13,1; et cependant remarquons

que la population de l'hôpital de Saint-Pierre a été surtout composée de matelots du commerce arrivés depuis peu de mois d'Europe, tandis qu'au chef-lieu, au contraire, le fond des entrants est constitué par la garnison dont la moyenne du séjour dans la colonie est plus élevée. Il était nécessaire de donner cette explication, dès le début, pour que le lecteur n'attachât pas une confiance aveugle aux chiffres de cette statistique ; mais cependant j'ajouterai aussitôt que ces chiffres ne sont pas absolument inutiles à consulter, car, comme nous le verrons, ils peuvent nous fournir plus d'une intéressante indication.

Rufz, dans son *Étude sur la phthisie à la Martinique*, a dit qu'elle entre pour le 11 p. 100 dans les décès totaux de la population civile. Ce chiffre, rapproché de ceux des hôpitaux de Saint-Pierre et de Fort-de-France, 13 et 16, nous montre qu'en somme toutes les classes d'habitants dans la colonie, Européens ou créoles, sont exposés à cette influence morbide complexe, qui a pour résultat la formation des tubercules pulmonaires, et nous répondons ainsi par avance à une question que le lecteur ne pouvait manquer de nous poser.

Il était intéressant pour moi qui me suis occupé, avec quelque soin, des maladies du Sénégal, de comparer, pour ce qui est de la phthisie pulmonaire, les décès des hôpitaux de Saint-Louis et Gorée d'une part, avec ceux de Fort-de-France et Saint-Pierre (Martinique) d'autre part, d'autant qu'il y a une grande analogie entre eux sous le rapport de la population nosocomiale, en ceci, que Saint-Pierre et Gorée reçoivent beaucoup de matelots du commerce, et qu'à Fort-de-France et Saint-Louis, au contraire, c'est la garnison qui fait le fond des entrants à l'hôpital. Or, voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Fort-de-France	13,1 p. 100	Saint-Louis	4,6 p. 100
Saint-Pierre	10,9 p. 100	Saint-Louis	7,5 p. 100
Les deux. . .	12,3 p. 100		5,5 p. 100

Il résulte de là que la Martinique semble être un pays infiniment moins bien partagé sous le rapport de la phthisie, puisqu'il y a une différence de plus du double entre Saint-Pierre et Gorée ; une proportion de 1 à 3 entre Fort-de-France et Saint-Louis. En y réfléchissant un peu, on comprend que cette différence tient non pas à la léthalité proprement dite comparative des deux pays, mais aux conditions de la population. En effet, au Sénégal, les Européens meurent d'une maladie aiguë ou sont rapatriés assez vite par le fait

d'une anémie rapide, pour que la phthisie n'ait pas le temps de les atteindre sur place. A la Martinique, au contraire, l'âpreté apparente du pays étant moindre, le bien-être de tous les jours paraissant meilleur, la verdure des savanes et des côteaux, la douceur de la température, etc., convient le valétudinaire à rester sur les lieux pendant que le travail de désorganisation du poumon suit sa marche insidieuse, torpide, de sorte que la mort inexorable atteint le malheureux avant qu'il ait fui la zone tropicale pernicieuse pour lui.

Si je rappelle mes souvenirs, si je me fie à mon observation, j'arrive d'autre part à cette conclusion: que si on meurt moins de phthisie au Sénégal, c'est qu'on y meurt davantage d'autre chose, et qu'on ne peut mourir de deux maladies à la fois dans une statistique; mais au fond si on suppose, par la pensée, deux Européens placés l'un à la Martinique, l'autre au Sénégal, dans les mêmes conditions, j'estime qu'ils courront tous les deux exactement les mêmes chances vis-à-vis de la phthisie, en restant un temps égal dans le pays.

Pourquoi la phthisie est-elle si fréquente à la Martinique? telle est la question qu'il est naturel de se poser et qu'il est important de résoudre, car, la population créole étant attaquée dans les proportions que nous indique M. Rufz, on peut très-sérieusement craindre qu'il n'arrive un moment où la maladie sera venue à bout d'elle, et la question de la dépopulation des Antilles est, on le sait, à l'ordre du jour pour tous ceux qui s'occupent, avec quelque attention, de ces pays si admirablement dotés par la nature, sous mille rapports. Je puis m'en occuper d'autant plus facilement ici que, comme je l'ai dit tantôt, la population européenne est menacée autant que la classe indigène du pays, et que ce qui s'opposerait à l'extinction des uns assurerait certainement l'existence des autres; car, s'il y a entre ces deux sortes d'hommes une différence de couleur, on peut dire, sans se tromper de beaucoup, qu'elles ont la même aptitude de réceptivité vis-à-vis de la phthisie.

Eh bien! qu'on me permette de répondre à cette question : pourquoi la phthisie est-elle fréquente à la Martinique? Par une affirmation qui semble naïve au premier abord et qui, cependant, ne paraît naïve qu'à force d'être vraie : C'est que les individus qui habitent la colonie sont dans les conditions favorables à son éclosion. Certes, j'ai besoin que le lecteur ne me juge pas sur le mot même de la réponse, mais veuille bien voir la pensée derrière l'expression. J'entends, par conditions favorables à l'éclosion de la phthisie, la manière de vivre des individus, la somme des attaques morbides qui l'assaillent de tous côtés et à chaque instant, et, parmi ces di-

verses attaques, il y en a, remarquons-le bien, un très-grand nombre provenant de l'hygiène et de certaines conditions sociales; le chiffre de celles qui proviennent du climat en lui-même est assez restreint, je crois, et j'espère le démontrer.

Je m'explique : si les individus qui habitent les Antilles, qu'ils soient Européens ou bien qu'ils soient créoles, vivaient dans des conditions d'hygiène personnelle et collective parfaites, toutes choses égales d'ailleurs, ils ne seraient pas plus exposés à contracter la phthisie à la Martinique qu'ailleurs, dans un autre pays de la zone torride ou de la zone tempérée ; par conséquent, il n'y a pas, à proprement parler, une influence géographique pure, mais c'est uniquement parce que, à la Martinique et dans certains pays similaires, les individus se trouvent placés dans certaines conditions spéciales, par le fait de leur condition sociale et de leurs habitudes, qu'ils sont plus exposés qu'ailleurs aux atteintes de la phthisie.

On a écrit, au sujet de l'étiologie de la phthisie, bien des volumes, on a formulé bien des idées, avancé bien des affirmations, que je ne puis passer en revue ici, que j'ignore même en grande partie en ma qualité de voyageur, dont le bagage scientifique consiste plus en observations personnelles qu'en érudition ; mais, cependant, je puise, pour cette question, à deux sources qui me semblent absolument suffisantes, je m'inspire de ce qu'ont écrit Bouchardat, dans le supplément à *l'Annuaire de thérapeutique* de 1861, et M. Peter, dans son second volume de *Clinique médicale*, je ne crois pas me tromper en disant que ces deux auteurs ont formulé, au sujet de cette étiologie, ce qui est le plus absolument vrai dans l'état actuel de nos connaissances.

Je ne citerai pas à chaque alinéa les noms de Bouchardat et de Peter, mais je renvoie le lecteur à ces deux études si remarquables, lui assurant qu'il verra, par leur lecture, la question jusque-là si complexe et si obscure, s'éclairer d'un jour admirable de clarté et de simplicité.

La phthisie est une des maladies qui résultent de la déchéance de l'organisme, a-t-on dit, et la chose paraît parfaitement démontrée aujourd'hui : c'est ainsi qu'on voit les animaux sauvages mis en captivité, les individus, habitués à vivre au grand air, qu'on enferme dans les milieux confinés; ceux qui, nourris plantureusement pendant longtemps, sont soumis à une nourriture insuffisante, etc., etc. La phthisie est aussi la suite d'une maladie aiguë qui a déprimé les fonctions organiques d'une manière plus ou moins passagère. En un mot, tout ce qui affaiblit l'individu, au delà de

cette admirable force de résistance que possèdent les corps vivants, peut entraîner l'apparition de la phthisie tuberculaire.

Si nous voulons synthétiser l'étiologie de la maladie en nous servant des précieuses indications de Bouchardat et de Peter, comme je viens de le dire, on voit que l'affection qui nous occupe peut résulter de trois séries d'influences ou conditions :

A. Les conditions dépendant de l'appareil digestif.

B. Conditions dépendant de l'appareil respiratoire.

C. Conditions dépendant des altérations du sang consécutives aux maladies aiguës.

Entrons dans quelques détails à leur sujet pour bien faire comprendre notre pensée.

A. *Conditions dépendant de l'appareil digestif.* — Elles se rangent en trois catégories distinctes, avons-nous dit. C'est ainsi par exemple que, dans certains cas, c'est une simple influence mécanique qui a engendré tout le mal, le rétrécissement de certaines parties du tube digestif entre autres, qui, interrompant ou gênant le cours des aliments, empêche l'absorption de leurs sucs nutritifs.

Dans d'autres cas, il faut invoquer une action chimique et, cette fois, cette action résulte soit d'une simple perversion de fonction, comme cela arrive par exemple dans l'hystérie, la dyspepsie, où les sucs digestifs perdent momentanément plus ou moins de leur propriété digestive. Ou bien c'est une altération histologique, comme les lésions dites organiques du tube digestif ou de ses annexes glandulaires, cancers, alcoolisme, etc., etc., qui rendent ces sucs digestifs impropres à la chymification des aliments.

Enfin, on peut faire intervenir une influence purement nerveuse, comme la manie, la démence, l'hystérie, la nostalgie et toutes les passions tristes, depuis l'amour malheureux jusqu'à la honte, qui, poussant le sujet à ne pas prendre de nourriture ou à manger des choses qui, sous le rapport de la qualité ou de la quantité, sont inaptes à entretenir une bonne nutrition.

A côté de cela plaçons les excès génésiques qui agissent d'une double façon, en diminuant, d'une part, la puissance digestive sucs de l'estomac et de l'intestin ; en déprimant, d'autre part, le système nerveux du sujet jusqu'à la sidération quelquefois et, par conséquent, constituant une dépense organique qui mène vite et sûrement à la misère physiologique.

B. *Conditions dépendant de l'appareil respiratoire.* — On peut les partager aussi en trois catégories, car, tantôt, la respiration se fait incomplètement, par le fait d'un défaut dans la quantité de l'air inspiré, comme dans l'existence au milieu de poussières insalubres,

dans les maladies bronchiques et pulmonaires souvent répétées ou de longue durée. Tantôt, c'est un défaut dans la qualité de l'air qu'il faut invoquer, comme le séjour prolongé dans les milieux confinés, les espaces à air impur. Enfin, il est un troisième groupe qu'il faut admettre, et dans lequel l'air a péché par quantité et par qualité, c'est celui de la translation d'un individu de la campagne à la ville, c'est la vie sédentaire chez un organisme habitué aux exercices corporels de la vie mouvementée.

C. *Conditions dépendant des altérations du sang consécutives aux maladies aiguës.* — Les maladies aiguës à convalescence longue, fragile, etc., etc., mettent le sujet dans un état de dépression organique, tel que, souvent, la phthisie en est la suite. On sait cela, si bien qu'il est inutile d'insister plus longuement.

Certes, je suis le premier à reconnaître que cette catégorisation des influences phthisiogènes est absolument imparfaite, et peut être attaquée victorieusement par maints arguments décisifs. C'est ainsi, par exemple, qu'à chaque instant on peut dire, quand nous invoquons l'influence de la digestion, que c'est celle de la respiration qui prime la situation, et *vice versa*. Je suis le premier à reconnaître que, dans le cycle des fonctions organiques qui constituent la vie, on ne peut isoler telle partie d'une autre, tel organe de son voisin, et *vice versa*; je me plais à reconnaître qu'à chaque pas on peut m'arrêter dans mon exposition. Mais si on veut bien songer que ces classifications, purement spéculatives et faites uniquement pour permettre à notre esprit de suivre le raisonnement avec moins de difficulté et de fatigue, on me permettra de continuer avec cette classification, tout imparfaite qu'elle soit, et dont je suis le premier, ai-je dit, à reconnaître l'insuffisance.

En gardant en mémoire ces diverses causes de la genèse de la phthisie, on comprend aussitôt que les Européens et les créoles qui habitent la Martinique sont exposés, de bien des façons, à contracter la maladie.

Comment les Européens sont-ils atteints par la phthisie à la Martinique? Nous voyons ici les trois sources signalées précédemment intervenir d'une manière variable. C'est ainsi, par exemple, que les conditions dépendant de l'appareil digestif entrent pour une certaine quantité; car en effet, si on ne peut invoquer l'action mécanique que nous avons indiquée tantôt, le rétrécissement d'une partie du tube, nous voyons l'action chimique intervenir puissamment tant par la perversion des sucs digestifs qu'entraînent la dyspepsie et l'anémie, que par celle qui résulte de l'alcoolisme si fréquent chez les soldats et marins qui vont aux colonies. D'autre

part, l'influence nerveuse peut aussi être comptée comme puissante : la tristesse, la nostalgie si commune chez les malheureux que le service a arrachés aux joies du foyer. Chez beaucoup, les excès génésiques si habituels aux jeunes gens dans un pays comme celui-là surtout.

Les conditions dépendant de l'appareil respiratoire sont moins apparentes et peuvent, moins que les précédentes, être appréciées d'une manière tangible par nous, mais cependant on ne saurait nier qu'elles sont puissantes et sans que nous recherchions si c'est la quantité ou la qualité qui fait le plus défaut, ce qui nous conduirait à des suppositions que rien ne peut défendre d'une manière précise ; on nous accordera que le passage de la zone tempérée dans la zone torride entraîne des modifications si profondes dans la nature, la qualité, la densité, etc., de l'air, que la respiration ne saurait être considérée comme n'ayant subi aucune modification.

En troisième lieu, il faut tenir grand compte de l'influence que certaines maladies aiguës exercent pour la tuberculisation, et il est naturel que, dans des pays où l'Européen est frappé si facilement et si souvent par de sévères maladies aiguës et de longues maladies chroniques, la tuberculose apparaisse souvent, toutes choses égales d'ailleurs.

Si nous cherchons à synthétiser ces influences après les avoir passées en revue séparément, nous voyons qu'en effet le soldat et le marin qui arrivent à la Martinique sont déjà bien souvent sous le coup de la tristesse ou de la nostalgie. Le regret d'avoir quitté les siens, la crainte de ne plus les revoir, l'appréhension de la mort dans un pays où on sait qu'à certaines époques des épidémies terribles ont régné ; toutes ces conditions font que le malheureux est souvent dans un état de dépression organique qui réagit sur les fonctions tant digestives que respiratoires, et l'exposent grandement aux influences morbides qui l'assaillent de tous les côtés.

Souvent les intéressés, cherchant à réagir contre ces obsessions tristes de tous les instants, demandent à la boisson une consolation, un courage factice, un excitant du cœur et de l'esprit qui, en très peu de temps, achève d'altérer la puissance digestive des sucs de l'estomac et des intestins, de sorte que, pour échapper à ses souvenirs, le malheureux détruit les dernières chances qu'il avait de réconforter son organisme et de réparer les pertes matérielles qui le tiennent dans un état de misère physiologique. Il est inutile d'ajouter ce que la débauche peut produire quand elle double l'alcoolisme, les saignées nerveuses que s'impose sans réserve l'Européen

transplanté dans les pays chauds, ne peuvent assurément pas lui servir d'égide contre la maladie.

N'oublions pas d'ajouter, en passant, qu'il est assez rare que l'Européen, appelé à vivre dans les pays tropicaux, n'y soit pas atteint de certaines maladies aiguës qui sont de préférence, à la Martinique, la fièvre jaune, la fièvre inflammatoire, la dysentérie, et il y a là, pendant la convalescence, un état passager de misère physiologique qui doit entrer en ligne de compte et qui à lui seul pourrait, dans quelques cas, favoriser sinon engendrer la tuberculose.

Si, à toutes ces conditions, nous ajoutons celle de la différence de l'air d'un pays à l'autre, différence que nous ne pouvons pas apprécier à l'aide des instruments, mais que nous comprenons cependant parfaitement bien, nous voyons que trop souvent les Européens, et en particulier ceux qui appartiennent à certaines catégories, se trouvent à la Martinique dans les conditions de misère physiologique qui favorisent l'apparition de la tuberculose, et nous ne sommes pas étonné d'apprendre que la phthisie fait sur eux des ravages qu'on ne saurait contester.

Nous ne faisons intervenir ici ni les prédispositions organiques, ni l'hérédité, l'état de la constitution des sujets, etc.; on comprend facilement que c'est un appoint à ajouter ou à soustraire, dans certains cas de l'addition, qui aboutit ou non, suivant les individus, à la somme de dépression de misère physiologique capable de favoriser ou de provoquer l'apparition des tubercules, et comme nous n'écrivons pas l'histoire complète de la phthisie, on nous permettra de ne pas insister davantage sur son compte.

Si nous avons été assez heureux pour faire admettre par le lecteur l'exactitude de ces causes de la phthisie des Européens appelés à séjourner à la Martinique comme dans les autres pays chauds, la thérapeutique de l'affection se trouve éclairée du premier coup d'une manière très importante; et en effet, il en découle que le rapatriement est la première chose à mettre en pratique si on veut essayer de conserver la vie menacée de ceux dont les poumons se prennent, pour les raisons que nous venons de spécifier.

C'est en vain, en effet, qu'on essaierait par des médicaments, par une hygiène sévère, par les moyens qu'on peut employer sur les lieux, en un mot, de combattre les progrès de la maladie. Une seule chose peut peut-être arrêter les progrès du mal, c'est le retour dans la zone tempérée, dans la famille. Les joies du foyer feront plus que toutes les médications du monde, quand il en est temps encore, et il est important d'ajouter qu'il faut se hâter, se hâter beaucoup, car

alors qu'il semble qu'on a fait toute diligence, on a été gagné de vitesse par la tuberculose, et le sujet est une proie dévolue à la mort sans rémission.

Après ce que nous avons dit touchant les Européens qui se tuberculisent à la Martinique, il est facile de comprendre pourquoi les créoles sont un aliment si propice à la phthisie. On a écrit à ce sujet bien des pages, et il me semble cependant que la chose peut être dite en quelques mots. Essayons de spécifier ces conditions.

Chez les créoles dits blancs, il faut faire intervenir la misère physiologique provenant des ascendants. Ainsi, par exemple, supposons qu'un Européen parte avec sa femme pour les Antilles, peu après son mariage, l'organisme des deux époux sera influencé dans une plus ou moins grande mesure, une fois arrivés dans la colonie ; et même au cas où, par un concours heureux de circonstances, ils échapperaient tous deux aux causes de débilitation qui atteignent si souvent les Européens, il n'en est pas moins vrai que, ne s'acclimatant pas d'une manière parfaite, ils procréeront des enfants relativement moins forts et moins résistants que s'ils étaient restés dans le pays natal. En définitive, il se passe ici ce qui se passe pour certains végétaux, certains animaux qu'on essaie d'acclimater loin de leur berceau d'origine, les conditions de leur existence n'étant pas changées d'une manière incompatible avec la vie, ils continuent à résister en apparence, ils semblent même parfois avoir gagné au change ; mais ceux qui ont étudié avec soin cette grande question de l'acclimatation savent bien qu'il ne faut pas se hâter de chanter victoire, car si ceux qu'on a transplantés résistent bien, il n'en est pas de même de leurs produits à la première, seconde ou troisième génération ; les descendants ont de telles aptitudes morbides, une si minime force de résistance aux influences délétères, qu'on les voit s'étioler et souffrir malgré les soins les plus attentionnés, et la phthisie est, on le sait, chez l'homme, une des plus pures manifestations de la misère physiologique qui se prolonge.

La statistique, l'observation, l'histoire, tout nous montre que la zone tempérée a fourni sans succès, depuis des siècles, des habitants à certains pays de la zone torride. La Martinique, comme les autres pays des Antilles, n'est en somme, depuis Christophe Colomb, qu'un immense tonneau des Danaïdes dans lequel l'Europe a versé constamment des flots d'existences humaines sans pouvoir combler les vides produits par l'inaptitude de l'acclimatement de ces individus.

Si je ne craignais de soulever ces passions si vives et si âpres qui ont poussé la controverse jusqu'à ensanglanter les Antilles dans

maintes circonstances, je me demanderais ici si tous ceux qu'on appelle les créoles blancs aux Antilles méritent toujours bien ce nom, et j'avoue que je serais bien près de conclure à la négative, car si, pour quelques rares familles, on peut admettre une conservation intégrale du sang d'Européen dans les veines, pour la majorité des autres, il est indéniable que le sang nègre est entré pour une plus ou moins grande part dans la généalogie. Ne suffit-il pas de jeter un coup d'œil sur l'aspect physique de beaucoup de créoles pour réduire à néant tous ces raisonnements spécieux sur ce sujet? C'est à une étude d'anthropologie qu'il faut demander de démontrer l'exactitude de mon assertion; aussi ne pourrai-je ici faire qu'une affirmation que je ne baserai pas sur toutes les preuves qu'on trouverait à invoquer.

D'autre part, je dirai que les habitants qui ont conservé la couleur noire de la peau, les nègres, en un mot, ne sont pas de race pure à la Martinique; nous pouvons donc admettre qu'à peu d'exceptions près la population indigène est composée de métis à divers degrés. Or, remarquons-le, les métis de blanc et nègre doivent hériter, en partie au moins, de l'anémie, de l'inaptitude du père européen à habiter la zone torride; et d'autre part, un assez grand nombre héritera, du côté maternel ou bien parce qu'il est métis de nègres de telle ou telle peuplade, de cette inaptitude à vivre dans un milieu aggloméré, dans une société plus dense et plus exigeante pour certaines habitudes que celle pour laquelle la race nègre avait été créée primitivement dans le continent africain. Beaucoup de créoles ont donc déjà souvent, comme disposition originelle, une double inaptitude à vivre dans le milieu qui nous occupe, et cette inaptitude se traduit par un état de misère physiologique capable d'engendrer chez beaucoup la tuberculose.

Si nous cherchons du côté de la vie propre des individus, de leurs habitudes, de leurs passions, de leur manière d'être en un mot, nous voyons aussi cette misère physiologique se montrer pour le plus grand nombre; et en effet, les habitations ne sont-elles pas mal calculées pour les règles de l'hygiène? Il n'y a peut-être pas vingt maisons irréprochables sous ce rapport dans toute l'île.

Dans un pays où l'air est perpétuellement agité, où la température est assez douce pour que les fenêtres ne soient pas garnies de vitres, là où tout sollicite impérieusement les individus à vivre au grand air, les créoles ont trouvé le moyen de séjourner dans un air confiné, dont l'humidité chaude décuple l'insalubrité.

D'autre part, la nourriture ne saurait être plus défectueuse, car,

depuis le dernier nègre d'une plantation jusqu'au planteur le plus aisé, les plats servis sur la table du créole présentent souvent une qualité alibile plus que médiocre. Même alors que les plats les plus compliqués sont servis dans la vaisselle la plus riche ou la plus élégante, l'estomac ne trouve guère, en général, à puiser dans ces mets des matériaux nutritifs suffisamment riches pour entretenir une bonne santé. Et, d'ailleurs, n'oublions pas que, pour un individu qui mange à sa faim ces aliments déjà imparfaits, il y en a deux qui, pendant les trois quarts de leur existence, sinon de père en fils, s'étiolent, n'ayant à leur disposition qu'une nourriture insuffisante autant par la qualité que par la quantité.

L'insuffisance de la nourriture n'est, ne l'oublions pas, qu'une des conséquences de l'état de gêne qui est la chose fréquente dans toutes les Antilles. Ce qu'il y a de misère dans ces pays, même sous les apparences de l'aisance, est impossible à peindre. On comprend facilement, par cet aperçu, que la misère physiologique est l'apanage de beaucoup d'individus, car ne mangeant pas tout leur saoul, n'usant que d'aliments pauvres en matières alibiles, l'esprit trop souvent torturé chez quelques-uns par ces passions tristes qu'engendre une situation matérielle difficile, ne doivent-ils pas aboutir, dans la vie organique comme dans la vie sociale, à une catastrophe? Nous ne sommes donc plus étonné de la fréquence de la phthisie chez des gens qui sont assiégés, peut-on dire, de toutes parts, par la tuberculose, et qui en ont subi même les atteintes avant de naître, ou au moins portent déjà en naissant un défaut considérable dans leur cuirasse vis-à-vis d'elle.

Si pour l'Européen nous avons trouvé un remède facilement applicable aux progrès de la phthisie, il faut convenir que, pour le créole, nous ne pouvons pas en découvrir. Aussi le moraliste comme le médecin sentent bien qu'une catégorie d'individus placée dans de pareilles conditions, est fatalement vouée à la mort. Il est donc bien à craindre qu'une très grande partie des créoles, tels que nous les connaissons aujourd'hui, ne doive disparaître des Antilles. La chose me paraît certaine, et c'est surtout par la phthisie, par la scrofule que la nature les rend de nos jours et les rendra de plus en plus dans l'avenir impropres à vivre et à perpétuer leur descendance.

Est-il nécessaire d'entreprendre l'étude minutieuse du traitement de tous les jours de la phthisie, l'énumération de ces moyens dits palliatifs qui ont pour but de s'opposer un peu à cette rapidité de l'évolution de la maladie? La chose est inutile dans une étude de la nature de celle-ci. Je renvoie aux livres classiques pour ces dé-

tails, et je puis passer à la description d'une autre des affections qui menacent les Européens à la Martinique.

Angine maligne.

L'angine maligne va en augmentant de fréquence, on le sait, d'année en année, depuis un demi-siècle, c'est une de ces maladies qui ont actuellement une marche épidémique envahissante comme tant d'auteurs, et au premier rang d'entre eux, Anglada de Montpellier, l'ont fait remarquer. Elle tendrait, dit-on, à se substituer à d'autres qui deviennent de plus en plus rares. Il n'y avait aucune raison pour que la Martinique fût différente des autres pays en ce qui regarde l'évolution de la diphthérite. Ainsi a-t-on vu la maladie suivre dans ce pays la marche extensive qu'on constate dans les autres, et qui est loin d'avoir atteint l'apogée.

Rufz de Lavison a observé, à Saint-Pierre, une petite épidémie de croup en 1836, en août 1842. De décembre 1843 à la fin de janvier 1844. En janvier et février 1848. En avril 1851. De janvier à avril 1852. En avril 1853, il a constaté de véritables petites poussées épidémiques, de sorte qu'en dix-neuf ans il a vu sept apparitions de la maladie, pendant lesquelles il a très bien pu constater sa transmissibilité d'un individu à l'autre.

En me servant des indications de Rufz, que j'ai complétées avec les notes puisées dans les archives des hôpitaux militaires et les rapports des chefs de service de santé de la colonie, j'ai trouvé, de mon côté, les renseignements suivants :

1836. Décembre. Quelques cas rares se montrent à Saint-Pierre, exclusivement chez les enfants.

1842. Août. Un cas est observé à Saint-Pierre, par Rufz, chez un jeune garçon qui s'était baigné étant en sueur.

1843. De décembre à la fin de mai 1844, une petite poussée épidémique se déclare à Saint-Pierre, chez les enfants et les jeunes adultes; c'est la première fois, sans doute, qu'on voit autant d'atteintes de la maladie.

1847. Juillet. Un cas isolé se montre en ville, à Fort-de-France, sur un enfant qui en succombe.

1848. Janvier et février. Quelques cas observés par Rufz à Saint-Pierre; la maladie s'amende et disparaît au moment où la température s'élève.

1848. Novembre, décembre. A mesure que les fraîcheurs se montrent, la maladie reparaît chez les enfants.

1850. Mai. On observe un cas de la maladie, à l'hôpital de Fort-de-France, sur un matelot du commerce d'un navire de passage.

1851. Avril. Rufz en observe deux cas, à Saint-Pierre, dans la population civile.

1852. De janvier à la fin d'avril, Rufz en signale plusieurs cas dans la population de Saint-Pierre.

1853. Avril. Rufz parle de quelques cas qu'il a constatés à Saint-Pierre, dans la ville.

1854. Janvier. Quelques atteintes mortelles dans la population de Saint-Pierre.

1855. Août. On constate quelques cas fréquemment mortels dans la population enfantine de Fort-de-France.

1861. De février à mars 1862, c'est-à-dire pendant quatorze mois, on observe une grave épidémie attaquant les enfants et nombre d'adultes. Cette épidémie régna sur toutes les petites Antilles.

1865. Janvier. Quelques cas mortels dans la ville de Fort-de-France.

1868. De janvier à la fin mars, véritable épidémie dans les deux villes. Quelques adultes et notamment un militaire succombent.

1872. Janvier et février. Petite épidémie à Saint-Pierre, attaquant presque exclusivement les enfants et disparaissant à mesure que la chaleur augmente.

1872. Juillet et août. Quelques abaissements brusques de température provoquent l'apparition de la diphthérite qui fait des victimes chez les enfants.

1874. Janvier et février. Véritable petite épidémie chez les enfants; la maladie diminue et disparaît à mesure que la chaleur se montre.

1874. De juillet à la fin de septembre, c'est encore sous l'influence des refroidissements brusques de l'atmosphère que la maladie se montre de nouveau.

1875. De décembre à la fin de mars 1876, épidémie à Saint-Pierre; quelques adultes succombent; l'influence se fait sentir à Fort-de-France.

1876. De décembre à la fin de mars 1877, la maladie, qui avait disparu à mesure que les chaleurs s'étaient montrées, reparaît aux premières fraîcheurs; les enfants sont souvent atteints; mais quelques adultes, et même des militaires, sont touchés par elle.

Cette énumération nous montre, il me semble, assez bien, la marche extensive de la maladie dans la colonie; en effet, avant 1836, on n'en trouve pas de mention bien explicite. Je n'oserais soutenir qu'elle ne se montrait pas çà et là, mais nous savons positivement qu'elle ne sévissait pas d'une manière sévère sur la population, car des hommes comme Lefort, Luzeau, Regnier, etc., n'auraient pas manqué de la signaler, si elle avait eu quelque importance épidémique.

En 1836, quelques cas sont observés, mais en petit nombre; furent-ils apportés du dehors ou bien se développèrent-ils sur place

spontanément, nous ne pouvons le dire; mais toujours est-il que Rufz, qui vit ces premières atteintes, dit résolûment que la maladie était en tout semblable à ce qu'il avait vu, à Paris, quelques années avant, de sorte qu'avec une pareille assertion, nous sommes absolument fixés sur l'identité des allures de l'affection, soit qu'on l'observe en France, soit qu'on la voie à la Martinique.

Le fait d'août 1842, signalé par Rufz, semble être isolé et dépendre d'une cause personnelle, si je puis m'exprimer ainsi; il est peu important à ce titre. Mais de décembre 1843 à mai 1844, nous voyons poindre une véritable petite épidémie à Saint-Pierre; épidémie qui fut assez bénigne, il est vrai, mais qui méritait parfaitement son nom, ayant eu sa période d'augment, d'état, de déclin; ayant été influencée par les conditions atmosphériques, de telle sorte qu'elle sévissait d'autant plus que le temps était plus humide et plus froid, et qu'elle cessa à mesure que la température devint plus franchement fraîche et chaude. Tous les âges furent touchés alors, les enfants surtout, les adultes quelques plus rares fois, et on pourrait dire que cet évènement pathologique mérite de passer pour typique, car il représente ce qui se passe ordinairement, actuellement touchant la diphthérite à la Martinique.

Le fait de juillet 1847 est isolé et ressemble à celui d'août 1842, de sorte qu'il ne doit pas plus que lui entrer en ligne de compte; mais en 1848 nous voyons, dès le mois de janvier, une nouvelle poussée épidémique se montrer, poussée qui s'amende et disparaît avec la chaleur sèche, mais qui reparaît en novembre, lorsque la fraîcheur humide reprend.

Le cas observé en mai 1850, à l'hôpital de Fort-de-France, peut être considéré comme éventuel.

Les cas indiqués par Rufz, pour Saint-Pierre en 1851, doivent, il me semble, se rattacher à une petite épidémie qui dura jusqu'à la fin de 1855, avec des exacerbations correspondant à la saison fraîche, et des périodes de repos répondant à la saison chaude.

En 1861, nous voyons la Martinique être atteinte par une grave épidémie qui régna, nous le savons, sur toutes les Antilles, et emporta un grand nombre de victimes en treize mois.

Puis, en 1865, survient de nouveau une petite poussée qui dure peu de temps. En 1868, une nouvelle poussée se manifeste, et il y a alors une période de repos de quatre ans, à laquelle succède, depuis janvier 1872, une phase d'épidémie qui durait encore probablement à la fin de 1877, au moment où je quittai la colonie.

On voit donc assez clairement la maladie s'essayer, pour ainsi dire, puis venir peu à peu par bouffées épidémiques qui vont en

augmentant d'intensité tant pour la durée que pour le nombre des victimes qui en résultent. D'abord, c'étaient seulement les enfants qui étaient atteints, mais peu à peu les jeunes femmes, les jeunes hommes payèrent leur tribut, et pendant mon temps de séjour à la Martinique, j'ai vu des adultes, ayant déjà atteint un certain âge, être frappés sinon aussi fréquemment que les jeunes sujets, au moins en nombre assez grand pour montrer que là, comme ailleurs, la maladie n'épargne aucune catégorie d'individus d'une manière absolue, bien qu'elle ait ses préférences très-marquées.

Un fait frappe de prime abord quand on étudie les allures épidémiques de la diphthérite à la Martinique, c'est qu'elle ne se montre pas et surtout ne sévit pas également à toutes les époques de l'année. C'est ainsi, par exemple, que, de décembre à avril, elle frappe avec beaucoup plus d'activité que de mai à novembre. D'ailleurs, pour mieux faire saillir ces différences, présentons les chiffres sous forme de tableau, en supposant que l'on observât douze cents atteintes de la maladie dans le courant d'une année, ce qui mettrait le chiffre normal du mois à 100 :

Janv.	Févr.	Mars.	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total.
234	210	147	104	63	22	85	104	43	22	43	126	1200

L'écart est considérable, on le voit, car entre le mois de janvier où il y en a le plus, et le mois de juin ou d'octobre où il y en a le moins, il y a la différence de dix à un. Or, comme c'est à peine s'il y a vingt atteintes par an de la maladie dans l'île dans les périodes épidémiques moyennes, on peut admettre qu'il est tout à fait exceptionnel d'en observer de mai à la fin d'octobre et même en novembre, car je crois, pour ma part, que le chiffre de 104 que nous avons trouvé pour le mois d'août, est le résultat de circonstances fortuites et non celui de la règle ordinaire.

Saint-Pierre est plus exposé que Fort-de-France à voir la diphthérite chez ses habitants, le fait est incontestable, et il est assez difficile d'en donner une raison péremptoire. Cependant on peut dire que, d'une part, la population est beaucoup plus dense à Saint-Pierre qu'au chef-lieu ; d'autre part, notons qu'il y a des pensionnats de garçons et de filles assez nombreux pour constituer plus de foyers favorables à l'éclosion des maladies contagieuses, et enfin, comme à Saint-Pierre, les transitions de température sont beaucoup plus brusques qu'à Fort-de-France, il y a pendant la saison fraîche un plus grand nombre d'individus atteints d'affections catarrhales de la gorge, des bronches et des poumons, c'est-à-dire

dans les meilleures conditions pour recevoir les germes du mal lorsqu'ils existent dans le pays.

J'ai dit précédemment que Rufz a reconnu à la diphthérite de la Martinique les mêmes allures qu'à celle de Paris. Pour ma part, je n'ai constaté aucune différence et j'ai vu les paralysies consécutives, la mort, survenir là comme ailleurs sans que rien pût être invoqué pour établir la moindre distinction. Par conséquent, on me permettra de ne pas entrer plus avant dans l'étude de la maladie en tant qu'affection pathologique, et je renvoie aux auteurs classiques pour tout ce qui la touche. L'isolement des sujets est, à la Martinique comme ailleurs, le meilleur prophylactique. Quant à ce qui est du traitement, on me permettra d'être extrêmement bref pour la raison que je viens de donner. Je dirai seulement que, chez les créoles et les Européens créolisés, l'emploi du tartre stibié à dose contro-stimulante doit être surveillé de très près, parce qu'ils tombent très facilement dans un état de dépression qui ne manquerait pas bientôt de danger. Les vomitifs répétés, les collutoires à l'acide chlorhydrique fréquemment répétés, m'ont rendu quelques services. C'est ainsi, par exemple, que je faisais toucher quatre ou six fois par jour les parties malades avec un pinceau trempé dans un mélange de miel, 10 grammes, et de perchlorure de fer, 2 à 4 grammes. Dans l'intervalle, le sujet gardait des fragments de glace dans la bouche et se gargarisait fréquemment avec une solution de chlorate de potasse, prenant aussi une potion au chlorate de potasse et s'alimentant généreusement.

Rhumatisme.

En sa qualité d'affection dépendant de l'humidité et des brusques transitions de température, le rhumatisme doit être une maladie fréquente à la Martinique; telle est la première pensée qui vient à l'esprit. Rufz de Lavison dit cependant qu'en une pratique de vingt ans il n'a rencontré que quatre atteintes de ce rhumatisme fébrile et mobile d'une articulation à l'autre, comme on le voit si fréquemment en Europe, de sorte qu'il y a, entre les indications du raisonnement et ce qui existe réellement, une grande différence. Il faut s'entendre cependant : le rhumatisme aigu, violent, comme on le rencontre dans la zone tempérée, est rare incontestablement aux Antilles; mais cependant, si on accepte comme étant de même essence que lui les douleurs musculaires, fibreuses et articulaires plus ou moins vives, quoique n'entraînant pas une réaction générale intense, on est amené à penser que le rhumatisme est loin d'être aussi peu fréquent dans la pathologie du pays, et bien plus,

si nous faisons entrer en ligne de compte ces vieilles souffrances qu'on appelle les douleurs rhumatismales, et qui, sans entraîner une invalidation absolue des individus, les font souffrir notablement et les empêchent souvent de se livrer à tous les travaux et à toutes les fatigues qu'entraînent les besoins de la vie, nous pouvons dire que l'affection est aussi commune qu'en Europe.

Il résulte de ces indications que c'est surtout du rhumatisme léger, subaigu et chronique que nous voulons parler ici, et, dans ces proportions, nous voyons l'affection appartenir, d'une manière bien dessinée, aux moments de l'année où les transitions de température sont très accentuées. C'est aux moments, en effet, où on observe le plus grand nombre de bronchites, de pneumonies et pleurésies, comme d'ailleurs aux moments en général où la dysentérie est la plus fréquente, qu'on voit le plus grand nombre de rhumatismes, et, malgré certains écarts, la chose frappe les yeux lors qu'on rapproche les chiffres de la statistique à ce point de vue.

Pour rendre l'appréciation plus facile, j'ai réduit les divers nombres au même dénominateur de la manière familière au lecteur de mes livres, c'est-à-dire que j'ai supposé qu'il entrât 1,200 malades de la même affection dans l'année, c'est-à-dire que le chiffre moyen ou normal fût de 100 par mois.

TABLEAU comparatif des diverses affections d'origine catarrhale
(le chiffre normal du mois étant 100).

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai.	Juin.	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	
Affections thorac.	136	135	128	116	112	60	64	66	85	98	106	96	1200
— abdomin.	106	106	106	117	143	85	80	84	99	98	83	93	1200
— rhumat.	128	100	126	130	126	61	60	76	100	100	103	90	1200
Toutes réunies.	115	115	115	117	142	79	73	81	89	93	82	99	1200

On voit dans ce tableau que le mois de juillet est le mieux partagé puisque c'est celui qui a le chiffre minimum, le mois de juin et le mois d'août sont très voisins et remarquons que c'est pendant ces trois mois que la température est le plus également chaude. La dysentérie est relativement plus fréquente au mois de mai d'après le tableau précité, mais si nous remarquons que c'est aussi le mois où nombre d'individus porteurs de l'affection à l'état chronique, rentrent à l'hôpital pour obtenir un congé de convalescence, nous voyons que l'écart est moindre. Sauf quelques petites divergences qui tiennent à l'imperfection de notre moyen de présenter les oscillations mensuelles des diverses maladies, nous voyons, en somme, que les divers chiffres du tableau sont assez concordants et nous pourrions

par conséquent, si besoin était, nous appuyer sur lui pour dire que toutes ces affections sont de même nature, c'est-à-dire, par exemple, que la dysentérie et l'hépatite sont bien des maladies dépendant des oscillations de la température, des maladies climatiques en d'autres termes et non le résultat de telle autre influence : le paludisme, l'action des eaux d'alimentation, etc., etc.

Rufz a signalé la rareté des complications cardiaques du rhumatisme à la Martinique, la raison en est dans la rareté correspondante des atteintes très aiguës; d'où nous pouvons inférer, je crois, que lorsque les individus sont touchés dans la colonie aussi vigoureusement qu'en France, ils sont exactement aussi exposés aux complications cardiaques.

Rufz de Lavison dit avoir trouvé dans les souvenirs de la population martiniquaise, celui d'une maladie appelée la giraffe, probablement à cause de l'arrivée en France, qui fit beaucoup de bruit à cette époque, d'un animal de cette espèce. Cette maladie, dit-il, régna dans toute l'île, elle était caractérisée par des douleurs rhumatismales et une roideur tétanique. Il pense que c'était la *Dengue* signalée à la même époque à la Jamaïque et dans les diverses Antilles. En recherchant de mon côté dans les archives des hôpitaux militaires de la colonie, j'ai trouvé qu'en janvier 1828, Luzeau signala une épidémie de rhumatisme articulaire aigu, et il disait à ce sujet : « l'irritation musculaire a été si vive qu'elle déterminait une sensation d'arrachement avec difficulté des mouvements, se déplaçant brusquement et se portant sur une autre région du corps. Cette affection, qui d'abord a été primitive, a frappé toutes les classes d'individus et a réveillé une foule de troubles sympathiques qui ont été subordonnés à la constitution individuelle, à l'âge, au sexe, à la prédisposition de tel ou tel organe, etc., etc. Chez les personnes de forte constitution, les symptômes sont allés jusqu'à la congestion cérébrale. La durée de la maladie a été de trois à cinq jours; — avec persistance pendant quelque temps d'engourdissement des membres et de difficulté des mouvements, guérison facile ; — absolument aucune mortalité. »

Je crois fermement, comme M. Rufz, que c'est la Dengue qui fut en cause cette fois; aussi, je n'en parlerai pas plus longuement actuellement, ayant à y revenir, quand, en m'occupant des fièvres éruptives, je dirai quelques mots de cette maladie.

CHAPITRE X

Maladies paludiques.

Nous arrivons à l'étude d'un des chapitres les plus importants de la pathologie martiniquaise, mais aussi à un des points les plus difficiles à élucider, car, suivant qu'on accepte les opinions de tel ou tel praticien, on est porté à considérer le paludisme comme constituant à lui seul le fond de la pyrétologie de la colonie, ou bien n'y entrant que pour une minime influence, et par conséquent, la mesure est difficile à garder pour l'appréciation exacte de la question.

Les hommes distingués qui furent à la tête du service médical de la colonie dans les dernières années du siècle dernier, et pendant la première moitié de celui-ci, ne croyaient pas que le paludisme fût bien généralisé et bien fréquent à la Martinique, au moins dans certaines localités; et s'ils ne méconnaissaient pas son influence puissante dans divers quartiers de l'île, à Fort-de-France, dans la grande plaine du Lamentin, à la rivière Pilote, ils ne croyaient cependant pas qu'il dût être incriminé partout et toujours. Puis les idées se modifièrent peu à peu, comme je l'ai fait ressortir dans mon *Étude sur la fièvre dite bilieuse inflammatoire*, et on est arrivé à ne plus voir dans la pyrétologie de la Martinique, disons mieux des Antilles, de la Guyane, j'allais ajouter de partout, qu'une influence maremmatique contre laquelle le seul médicament est le sulfate de quinine, dont on risque fort de compromettre la réputation inattaquable jusqu'ici par de téméraires et intempestives applications.

Je donnerai pour preuve de mon affirmation, que Câtel écrivait en mars 1834 : « Les fièvres intermittentes sont assez rares à Saint-Pierre ; on ne les observe guère que chez les personnes qui en ont pris le germe ailleurs. Cette particularité provient de l'absence de terrains marécageux, près de la ville. Puis, arrivé au chef-lieu en qualité de médecin en chef de la colonie, il disait dans son rap-

port du 3e trimestre 1842 : « Les fièvres intermittentes franches ne sont pas aussi communes à Fort-de-France que nous l'avions pensé nous-même avant de prendre la direction du service de cet hôpital. Une étude plus aprofondie des maladies de cette localité, nous a convaincu qu'on a plus d'une fois classé parmi les fièvres intermittentes des pyrexies continues avec des redoublements ou exacerbations qui, en général, ont lieu une ou deux fois par jour. Observées superficiellement, ces pyrexies pourraient être considérées comme des fièvres d'accès et traitées par les préparations de quinquina, tandis qu'elles sont continues et rarement rémittentes. On prend donc souvent les redoublements pour des accès, et la diminution des symptômes pour une apyrexie. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Si on observe souvent ces malades, on reconnaît bientôt malgré la fraîcheur de la peau que la fièvre n'est pas détruite, car le malade reste accablé, abattu, son pouls est petit, déprimé, il conserve de la céphalalgie et une faiblesse générale. A ces symptômes se joignent quelquefois plus ou moins d'agitation et d'anxiété. Dans ces cas, l'administration du sulfate de quinine ne fait qu'augmenter les accidents en aggravant la phlegmasie gastrique, qui, à son tour, éveille les sympathies cérébrales. De là : les fièvres pernicieuses cérébrales ; ces accidents ne sont, en effet, que la conséquence d'une maladie négligée ou traitée par des moyens contraires à sa nature. »

« Ces pyrexies arrivent à leur summum d'intensité du troisième au cinquième jour, ce qui correspond au troisième ou quatrième accès ordinairement mortel dans ces maladies insidieuses. C'est pour n'avoir pas reconnu le caractère et la gravité de ces affections et leur avoir appliqué un traitement excitant, que les malades sont souvent emportés avant que le médecin inexpérimenté ait pu prévoir le danger ; dans ce cas, celui-ci, n'ayant pas reconnu ni apprécié la gravité du mal, annonce que le malade a succombé à une fièvre pernicieuse. »

Certes, quand on voit un homme de la valeur de Câtel formuler cette opinion d'une manière aussi catégorique, on ne peut qu'en être très frappé et on se prend à douter de la réalité de cette influence paludéenne, exaltée par tant de médecins de notre époque, d'autant qu'il n'est pas le seul qui, ayant observé les choses avec grand soin à la Martinique, ait adopté cette manière de voir. En effet, Amic qui lui succéda, et qui, on le sait, était assez disposé, par un fâcheux sentiment d'hostilité personnelle, à dire le contraire de ce qu'avançait Câtel, partageait au fond son opinion sur le point de pathologie qui nous occupe.

« Sous l'influence d'une température aussi chaude et aussi humide, écrivait-il dans son rapport du quatrième trimestre de 1850, les fièvres intermittentes de divers types et les rémittentes qui étaient les maladies dominantes, ont encore été très fréquentes à Fort-de-France et dans les diverses localités de la colonie. En octobre elles se sont multipliées en ville et ont conduit un grand nombre de militaires à l'hôpital. Ces pyrexies ont en général résisté au sulfate de quinine ; il a fallu d'abord recourir à la saignée, à l'application des sangsues aux tempes et à l'épigastre ; aux boissons tempérantes et profiter de la pyrexie pour administrer le fébrifuge. »

Pendant le quatrième trimestre de 1852 et le premier de 1853, Amic signalait l'insuccès très fréquent de la quinine et des préparations de quinquina, vis-à-vis des atteintes de fièvre qu'il considérait comme de nature paludéenne. Et nous trouverions, dans maints passages de ses rapports, la preuve que le paludisme n'est pas aussi général que ce que bien des gens l'ont pensé depuis.

Rufz de Lavison qui pratiquait à la Martinique au temps de Câtel et de Amic, partageait la même opinion et distinguait bien les fièvres que l'on observe à Saint-Pierre ou dans certaines localités analogues de l'île, des fièvres provenant des quartiers paludéens ; pour ces dernières, il reconnaissait l'extrême efficacité de la quinine, tandis que, pour les premières au contraire, il a plus d'une fois révoqué en doute son opportunité.

Dutrouleau vint modifier profondément le courant des idées au sujet de la pyrétologie martiniquaise, que dis-je, il vint la changer complètement, et bien que dans le commencement, il fût le premier à reconnaître une dissemblance notable entre les accès paludéens bien accentués classiques, si je puis m'exprimer ainsi, et certaines fièvres à forme et marche insolite, qu'on voit souvent à Saint-Pierre : il rattacha bientôt le tout au paludisme et il a insisté tellement sur ce point dans son livre devenu le bréviaire obligé de tous les médecins de la Zone tropicale, que la quinine fut bientôt le remède, non seulement officiel, mais encore unique et donné souvent avec une prodigalité fâcheuse contre tout état fébrile, quel qu'il fût : paludisme, fièvre jaune, fièvre éruptive, dysentérie, coqueluche ou fièvre de suppuration.

« La fièvre paludéenne est universellement répandue sur tous les points de la Martinique, disait Dutrouleau (rapport de 1851), c'est qu'en effet, il n'est pas un point du sol qui avec les éléments météorologiques qui existent constamment, ne puisse devenir un foyer de miasme palustre. »

Mais ne trouverions-nous pas, dans le dire lui-même de Dutrouleau, des arguments contre son opinion? je le crois et on va le voir.

« Les fièvres paludéennes continues ou intermittentes, disait-il dans son rapport du premier trimestre 1851, ont été fréquentes dans ce trimestre, et il ne faut pas en accuser l'endémie particulière à la ville de Saint-Pierre qui est plutôt la dysentérie que la fièvre, attendu que la plupart des hommes atteints provenaient des quartiers à fièvre paludéenne et que les récidives, qui se sont déclarées à Saint-Pierre, ne sont guère dues qu'à la météorologie propre à la saison, particulièrement à la fraîcheur. Mais si les fièvres simples et si l'endémie paludéenne sont peu prononcées à Saint-Pierre, les fièvres graves, pernicieuses, y sont proportionnellement assez fréquentes et de mauvais caractère; les formes les plus fréquentes y sont la cholérique et l'algide. L'invasion et la marche de ces fièvres sont souvent très insidieuses, et il ne faudrait pas trop tenir au frisson initial, ou au degré de chaleur, ou à la sueur, pour porter son diagnostic. De même que la marche continue ou irrégulièrement intermittente ne doivent pas arrêter le médecin. Dès que des accidents généraux graves, se déclarant subitement et ne pouvant se rapporter à aucune lésion locale interne en rapport avec eux, se manifestent, il faut de suite songer à l'intoxication paludéenne et agir avec promptitude et vigueur; la marche de la maladie prouve plus tard que, si on avait hésité, on pouvait perdre le malade. » (Saint-Pierre, premier trimestre 1851.)

Eh bien, pour ma part, après avoir lu attentivement tout ce qu'ont écrit tant Dutrouleau que ses prédécesseurs et ses successeurs à la Martinique dans leurs rapports mensuels ou trimestriels, après avoir été à la tête du service de santé de la colonie pendant deux ans, c'est-à-dire assez longtemps pour pouvoir bien instruire ce débat, après avoir parcouru l'île dans tous ses quartiers, j'ai acquis la conviction absolue que la raison est du côté de Câtel, d'Amic et de Rufz, que le tort est de l'autre, et j'en ai donné assez de preuves dans mon *Etude sur la Fièvre inflammatoire* pour qu'il soit inutile d'y revenir ici. Je renvoie donc le lecteur à cette étude en lui répétant ce que j'ai dit bien des fois : la quinine est aussi utile dans les cas de paludisme qu'elle est nuisible dans ces fièvres dites inflammatoire, bilieuse, etc., etc., et qui sont d'essence amarile au lieu de reconnaître pour cause les émanations maremmatiques.

Voilà donc, à mon avis, la séparation bien établie, et je crois que le premier devoir du médecin, en présence d'un malade atteint de fièvre, doit être, à la Martinique, de rechercher si la maladie est

d'origine maremmatique ou non, la vie du sujet est souvent l'enjeu de la partie ; je ne saurais trop insister sur cette particularité.

On voit, à ce que j'ai dit jusqu'ici, que la première question, celle qui domine tout le débat, est celle du diagnostic, et aussitôt l'esprit se demande à quels signes peut-on reconnaître d'une manière assurée l'atteinte amarile de l'atteinte paludéenne. Certes, je reconnais que, dans maintes circonstances, il peut y avoir une grande difficulté, mais c'est, je crois, l'extrême rareté et le plus souvent on peut faire la séparation d'une manière assez facile.

Pour cela, à vrai dire, il ne faut pas s'en tenir absolument à ce qu'a avancé Dutrouleau ; il faut même reconnaître que notre éminent prédécesseur s'est trouvé sans doute dans des conditions qui ne lui ont pas permis de voir la chose dans tout son jour et les faits avec leur vraie signification, de sorte que ce qu'il dit en certains endroits, loin de nous servir à élucider le problème, ne peut qu'obscurcir la discussion. Et, en effet, quand il dit dans son livre, p. 133 : « La fièvre paludéenne des pays chauds comprend toutes les pyrexies décrites séparément par les auteurs sous les titres divers de fièvres intermittente, rémittente, continue ou pseudo-continue, pernicieuse, bilieuse ou rémittente bilieuse. C'est une maladie infectieuse qui reconnaît pour cause essentielle un miasme spécifique résultant de la météorologie propre aux climats torrides sur le sol de nature palustre de certaines localités. » Il a avancé une proposition manifestement inexacte parce qu'elle est trop générale, car si maintes atteintes légères ou graves, simples ou compliquées, ont le miasme paludéen pour cause, il est manifeste qu'un très grand nombre de ces fièvres appelées bilieuse, rémittente, etc., etc., ne reconnaissent pas le marais dans leur étiologie.

Mais, me dira-t-on, comment reconnaître qu'on a affaire à celle-ci ou à celle-là ? Je répondrai qu'en mars 1834 Câtel donnait déjà des renseignements précieux sur les fébricitants que l'on voit à la Martinique, en disant qu'ils se partagent en deux catégories.

A. Dans la première, les individus ont contracté la fièvre dans les quartiers paludéens ; ils l'ont comme une habitude vicieuse, dirait-on, et sans que la santé générale en soit très profondément atteinte. Cette fièvre revient tous les troisième, cinquième ou quatorzième jour et est parfaitement justiciable de la quinine.

B. Dans la seconde, le mouvement fébrile est symptomatique d'un état général ; inappétence, langue rouge à la pointe, blanche au milieu ; conjonctives et peau souvent jaunes, alternatives de diarrhée et de constipation ; organisme plus ou moins profondément atteint ; plus que dans le cas précédent, l'hypertrophie du

foie et de la rate, l'exacerbation fébrile est le plus souvent journalière. Dans cette catégorie, la quinine est souvent inopportune et impuissante, la première indication est de faire cesser l'irritation gastro-intestinale ou hépatique.

Donc voilà un premier jalon, et d'ailleurs il est facile de donner des indications précises en quelques simples mots : le sujet est-il depuis longtemps dans la colonie; a-t-il habité des quartiers à fièvre; a-t-il subi précédemment l'influence maremmatique, on songera aux fièvres d'accès ; mais, au contraire, est-il arrivé depuis peu dans la colonie ; s'est-il de préférence exposé au soleil au lieu de s'exposer aux émanations des marais ; est-il fort, vigoureux, ayant conservé les attributs du tempérament européen, sa maladie se présente-t-elle avec les caractères de la biliosité ou de la congestion capillaire, il y a de grandes chances pour qu'on ait affaire à une atteinte amarile et non à un cas d'intoxication paludique.

D'autre part, il ne faut pas oublier que le paludisme, lorsqu'il existe, se manifeste à la Martinique comme dans tous les pays du monde avec un ensemble de symptômes propres, le plus souvent à le faire reconnaître, et que, lorsqu'on voit une maladie s'éloigner de ses allures d'une manière assez tranchée, on peut à bon droit se demander si elle reconnaît bien réellement le miasme maremmatique ou tellurique, tel que nous le connaissons dans ses origines.

On a dit avec beaucoup de raison que le paludisme est un Protée qui prend volontiers les formes les plus étranges, les plus insidieuses et se basant là-dessus, on en est arrivé à le voir partout et toujours. Je crois qu'on s'est trompé beaucoup et sans contester ces allures de protée, je crois qu'il faut cependant se souvenir qu'elles ont des limites ou au moins qu'elles ne sont de mise que dans certains cas bien spécifiés. Je m'explique, quand on analyse ces observations extraordinaires, dans lesquelles un symptôme insolite a résisté tant qu'on ne l'a pas attaqué par la quinine, une atteinte est allée s'aggravant, menaçant la vie de la manière la plus terrible, jusqu'au moment où cette quinine donnée a dissipé l'orage pathologique avec une rapidité merveilleuse, on voit que dans l'immense majorité des cas on se trouve dans un pays où le paludisme est intense et règne en maître. On est dans la saison où il est à son maximum, on a affaire à un individu qui a éprouvé profondément et souvent depuis longtemps ses atteintes. Or, sommes-nous bien dans ces conditions à la Martinique? Non, si certains quartiers sont très marécageux, d'autres ne le sont pas du tout. Si certaines saisons sont plus propres aux émanations paludiques, les fièvres se présentaient avec une régularité mensuelle, difficile à comparer avec les

allures du paludisme de certains pays, comme le Sénégal, l'Algérie, etc., etc. Enfin les individus sont souvent arrivés depuis si peu de temps de la mer, ou d'Europe qu'on ne saurait vraiment dire qu'ils sont impaludés, même en admettant la rapidité et l'intensité les plus grandes.

Je soumets toutes ces réflexions au lecteur; je le renvoie à l'étude que j'ai publiée in extenso sur la fièvre inflammatoire et je suis persuadé qu'après avoir pesé et discuté dans son esprit, les arguments sur lesquels je me suis basé, il reconnaîtra qu'il ne faut pas, avec Dutrouleau, considérer comme d'origine paludéenne toutes les atteintes fébriles qu'on rencontre dans le pays.

Ceci étant dit, et, supposant que nous sommes bien fixés sur le diagnostic différentiel, voyons les particularités afférentes au paludisme martiniquais. D'abord, quel est le moment où on voit le plus d'accès de fièvre simple ou compliquée dans les hôpitaux de la colonie? Le tableau suivant va répondre à la question.

TABLEAU des entrées de fièvre paludéenne dans les hôpitaux de la Martinique, par mois (le chiffre normal étant 100) (1866 *à* 1875).

	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Fort-de-France.	117	95	87	66	111	93	104	98	95	145	101	88
Saint-Pierre...	95	78	70	89	147	123	118	111	108	113	78	70
Les 2 hôpitaux.	113	92	84	69	118	98	106	100	97	140	97	86

Dans mon *Etude in extenso sur la Fièvre inflammatoire* (p. 285), j'ai fourni, en me basant sur les chiffres de quatorze années (1862-1875), une proportion trimestrielle un peu différente, car voici les nombres comparatifs :

	1866-1875	1862-1875
1er trimestre.....	100	104
2e —	90	80
3e —	99	92
4e —	111	124

Quoique n'étant pas semblables, ces deux résultats sont assez concordants, et ils nous portent à penser que réellement le quatrième trimestre, c'est-à-dire la saison où les pluies diminuent, où les travaux de défrichement et de labour se font, est le plus chargé, puis vient le premier trimestre qui présente la continuation atténuée des conditions précédentes, et enfin les mois d'été où, bien qu'il y ait çà et là des petites explosions fébrigènes, le chiffre est sensiblement inférieur néanmoins.

Il faut nous en tenir à ces indications très-sommaires et très-incomplètes pour le moment, et jusqu'à ce que les médecins de la

Martinique aient tenu un compte suffisant dans leur diagnostic de la différence d'étiologie qu'il y a entre la fièvre inflammatoire et la fièvre paludéenne, car jusque-là on prend si souvent l'une pour l'autre qu'on ne peut pas avoir l'espoir d'apporter dans l'appréciation des faits une certaine précision.

Jusqu'à ce que nous soyons dans de meilleures conditions pour apprécier, à l'aide de chiffres exactement recueillis, les variations d'intensité du paludisme, nous devons nous en tenir plus spécialement au dire des médecins distingués qui ont pratiqué dans la colonie. Or nous avons déjà donné l'opinion de Câtel, Rufz, Lota, etc., sur ce qu'il faut croire de Saint-Pierre au sujet de l'influence maremmatique, nous ajouterons que certaines localités présentent l'attribut des contrées paludiques, et c'est, ainsi, par exemple, que le Lamentin, le Robert, le François, la rivière Pilote, la Trinité, Fort-de-France, sont évidemment placées sous le génie maremmatique, mais que d'autres endroits, comme le Gros-Morne, l'ajoupa Bouillon, le Morne-Rouge, etc., etc., ne peuvent être considérés comme subissant la même influence.

D'autre part, il est presque inutile de dire que les travaux de terrassement et de défrichement engendrent à la Martinique comme partout la fièvre et que les terrassiers y sont exposés de la manière la plus fâcheuse. Enfin ajoutons que les émanations paludéennes sont à la Martinique en rapport avec les variations de température. En effet, Dutrouleau avait signalé déjà que les variations de température de la saison fraîche ont la propriété de faire reparaître la fièvre chez les impaludés, et il est incontestable que, dès que la température s'abaisse, on observe en général une recrudescence des accès de fièvre simples dans l'hôpital de Fort-de-France.

La fièvre est assez fréquente pendant la saison relativement fraîche, c'est-à-dire aux deux premiers et aux deux derniers mois de l'année à la Martinique, et c'est aux abaissements brusques de température qui se présentent à ce moment qu'elle doit cette fréquence. Ici, comme au Sénégal, un refroidissement inopiné du corps produit une vibration qui fait apparaître la fièvre dans des organismes impaludés, mais qui jusque-là avaient pu conserver un équilibre de fonctions équivalant, pour ainsi dire, à la santé.

A la Martinique, comme au Sénégal, on a constaté souvent que la fièvre paludéenne survient quand le sujet passe d'un pays malsain dans un lieu relativement plus favorable; on dirait que l'individu, intoxiqué hâtivement, a absorbé le poison paludéen d'une manière si ménagée, que la santé n'en a pas été compromise dans ses fonctions immédiates, et a acquis une sorte de mithridatisme, si je puis

m'exprimer ainsi, s'est constitué, comme les arsénicophages, une habitude spéciale qui, étant cessée tout à coup, entraîne un raptus. Il est à remarquer que, dans ce cas, les accès sont plus violents qu'ils ne le sont chez ceux qui commencent à se manifester dès l'arrivée dans le milieu paludéen, souvent même ce sont de véritables accès pernicieux qui surviennent.

Dutrouleau, pendant son séjour à Saint-Pierre, a insisté, dans un rapport sur cette explosion de paludisme, après qu'on a quitté les pays marécageux, et il fournit, dans le rapport du 1er trimestre 1852, une observation où la mort est survenue en peu de jours, alors que le sujet avait séjourné longtemps à la Trinité, sans avoir d'accès même bénin.

Nous avons fait ressortir, en maintes circonstances, la grande différence qu'il y a entre Saint-Pierre et Fort-de-France, au point de vue du paludisme, et nous avons insisté sur l'influence qu'eut le comblement du canal de ceinture sur le nombre et la gravité des atteintes fébriles du chef-lieu, nous n'avons donc pas à y revenir; seulement nous dirons, pour mémoire, que, jusqu'en 1868, Fort-de-France, en sa qualité de lieu éminemment paludéen, pouvait servir de type pour les localités où le paludisme martiniquais exerce son influence.

La fièvre paludéenne se montre, à la Martinique, sous maintes formes et avec des degrés très variables de gravité. Voici un tableau qui peut servir à fixer les idées à peu près, car n'oublions pas de répéter qu'il y a encore actuellement bien des causes diverses provenant de ce qu'on n'a pas fait suffisamment la distinction de l'élément amaril et de l'élément paludéen dans les pyrexies de la Martinique.

TABLEAU des variétés du paludisme à l'hôpital de Fort-de-France
(de 1865 à 1868 — 1719 atteintes) :

		1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.	Total.	
Fièvre simple	quotidienne.	60.1	40.4	52.5	38.0	47.7	83.1
	tierce.	7.0	8.3	9.3	13.4	9.5	
	quarte.	»			0,3	0.1	
	indéterminée.	16.0	38.7	27.1	21.5	25,8	
Grave.	rémitt. bil. et hématur. .	1.9	1.2	2.1	2.1	1.8 —	1.8
Pernicieuse..	algide.	0.7	0.3	1.0	0.7	0.7	1.5
	comateuse . .	»	»	0.2	0.3	0.2	
	délirante. . .	»	»	»	0.3	0.1	
	pneumonique	0.7	»	»	»	0.2	
	indéterminée.	»	0.3	»	0.2	0.3	
Cachexie paludéenne.		13.6	10.8	7.8	22.2	13.6 —	13.6
		100	100	100	100		100

Nous allons nous occuper successivement de la fièvre simple, grave, pernicieuse. Nous verrons, dans le chapitre suivant, ce qui touche à la cachexie paludéenne, en nous occupant de l'anémie tropicale à la Martinique.

Fièvre paludéenne simple.

Comme je n'écris pas ici un traité didactique, ni même une étude complète sur la fièvre paludéenne, mais que je cherche seulement à faire connaître au lecteur les allures de la fièvre d'origine maremmatique à la Martinique, on me permettra d'être très bref pour ce qui regarde les accès simples qui, précisément à cause de leur simplicité, présentent ici moins de différences d'avec ce qui s'observe un peu dans tous les pays.

Disons tout d'abord qu'on observe souvent aux Antilles, chez les Européens qui n'habitent pas le pays depuis longtemps, des accès de fièvre bénins, légers, éphémères, synoques, comme on voudra bien les appeler, et qu'on aurait grand tort de considérer ces atteintes comme dépendant de l'étiologie paludéenne. En effet, trop souvent c'est ce que nous avons décrit précédemment sous le nom d'embarras gastrique fébrile; en d'autres termes, c'est la manifestation la plus atténuée et la plus fugace de l'influence amarile que nous avons cherché à faire bien connaître. D'autres fois, ce sont des accès dont l'étiologie est encore bien obscure et qu'on appellera, quelque jour peut-être, des *accès hépatiques*, car j'ai lieu de croire qu'ils sont, plus qu'on ne le pense, liés avec des troubles passagers de la fonction biliaire.

Ces deux sortes de fièvres, qui ne présentent aucune gravité au degré dont nous parlons, avaient frappé Rufz de Lavison qui les a souvent observées à Saint-Pierre, où, dit-il, il y a peu de personnes qui, dans le cours d'une année, n'en soient une ou deux fois atteintes. Dans ces cas, la quinine, employée banalement aujourd'hui, n'a pas d'action nuisible, il est vrai, mais il serait bien difficile de démontrer qu'elle est utile en quelque chose; aussi, pour ma part, suis-je disposé à recommander une purgation et particulièrement une purgation à l'huile de ricin contre ces accès légers et éphémères; faisant prendre au sujet, pendant deux ou trois jours ensuite, une tisane de citron fragmenté et bouilli ou de tamarin, ne donnant de la quinine que lorsque le sujet est manifestement impaludé; qu'il vient d'un quartier à fièvre ou bien que, dans l'examen du malade, on a pu incriminer l'influence des émanations marécageuses. J'ai vu un grand nombre de fois des individus être atteints par les fièvres éphémères dont je parle, et je puis certifier que je les ai vus

guérir aussi vite et aussi bien sans quinine que lorsqu'on avait employé ce fébrifuge à forte ou faible dose.

Ici je ne puis résister au désir de revenir sur cette question de la facilité avec laquelle on attribue, à la Martinique, une influence paludéenne à des accès de fièvre qui n'ont rien de cette étiologie et de la prodigalité de l'emploi de la quinine qui en est la conséquence. J'ai dit, en maintes occasions, ce qu'en pensaient Câtel, Rufz, Lota; je vais rapporter un passage catégorique d'un des chefs de service de l'hôpital de Saint-Pierre, M. C. Pellarin, le frère de A. Pellarin, l'historien de la fièvre bilieuse hématurique à la Guadeloupe.

« Dans les influences si changeantes exercées par les conditions climatériques locales sur l'organisme dont les réactions sont elles-mêmes infiniment variables, mes observations ne m'ont point permis de vérifier certains faits étiologiques accrédités à Saint-Pierre, en particulier, l'influence paludéenne. Dans une pratique de six mois à l'hôpital de Saint-Pierre, j'ai eu lieu de la soupçonner quatre ou cinq fois au plus et d'administrer la quinine à titre de moyen préventif, mais je ne l'ai pas constatée positivement une seule fois. Plusieurs malades sont entrés à l'hôpital faisant les récits les mieux circonstanciés d'accès intermittents : frisson initial, toutes les sensations de la fièvre, les sueurs à la fin; le retour périodique, rien n'y manquait. Lorsque, ensuite, je voulais vérifier ces dires où presque toujours une interrogation méthodique faisait ressortir quelque invraisemblance, je ne retrouvais que des fièvres continues ou éphémères, bien rarement rémittentes, toutes guérissant facilement et promptement sans le secours de la quinine. Ainsi que je l'ai déjà dit, il s'est présenté seulement, dans mon service, trois hommes atteints de fièvres intermittentes, mais ils les avaient contractés ailleurs. Il me semble donc que l'influence paludéenne, si elle existe à Saint-Pierre, s'y trouve réduite à la plus simple expression. Il n'en est pas de même à Fort-de-France. » (C. Pellarin, 3e trim. de 1858.)

Si j'insiste autant sur cette question, c'est que je voudrais avoir servi à ramener les praticiens de la Martinique à une plus grande réserve vis-à-vis de l'emploi de la quinine; et qu'on ne croie pas que c'est parce que je n'ai pas de sympathie pour le médicament, non, mille fois non, je le répète, c'est au contraire parce que j'ai une confiance illimitée dans ses bons effets, dans les cas où il est indiqué, que je ne voudrais pas voir sa réputation être exposée à des atteintes fâcheuses par des emplois intempestifs et ne pouvant donner aucun bon résultat.

Inférera-t-on de ce que je viens de dire et ai dit déjà tant de fois dans mes *Études sur les maladies de la Martinique*, que je suis porté à méconnaître l'importance du paludisme? Non, mille fois, et je suis le premier à reconnaître que le paludisme a, dans la zone tropicale, une intensité et une gravité immédiate plus grande que dans les pays tempérés, toutes choses égales d'ailleurs; mais aussitôt j'ajouterai qu'on peut dire, en revanche, que les foyers n'étant pas très développés à la Martinique, il est loin d'avoir, dans cette île, la prédominance et la sévérité qu'il possède dans nombre d'autres lieux,— le Sénégal, la Guyane, par exemple. Néanmoins, ne nous y trompons pas surtout, dans les quartiers dits à fièvre, il est capable de produire de nombreux accidents soit aigus (accès pernicieux), soit chroniques (cachexie), et il ne se passe pas d'année, on peut dire, qu'il n'affirme très durement son influence par des catastrophes imprévues; mais cependant nous devons convenir qu'il est plus maniable, moins rebelle ici à la thérapeutique, en un mot, moins dangereux quand on ne l'a pas laissé déprimer pendant trop longtemps sa victime.

L'accès bénin ne diffère en rien à la Martinique de ce qu'il est dans tous les pays paludéens, et il se prête aux mêmes considérations. On me permettra de ne pas le décrire en détail; de ne pas insister sur les complications qu'il peut bientôt présenter; de ne pas tracer le traitement qui doit lui être opposé : Un purgatif et la quinine, voilà la thérapeutique pour la Martinique comme pour tous les pays; et je m'appesantirai seulement sur d'autres considérations.

Câtel écrivait en 1846 (4e trimestre), qu'il est rare à la Martinique que la fièvre paludéenne altère d'une manière grave la santé des militaires qui en sont atteints. Le fait est très vrai, mais n'oublions pas de dire que c'est parce que les militaires ne s'exposent pas en général pendant un temps suffisant aux émanations très intenses, car, en revanche, les gendarmes des pays, comme la rivière salée, la rivière pilote, etc., etc., ont parfois l'aspect cachectique des impaludés, et dans ces localités, on trouve des individus empoisonnés par les marais aussi profondément et aussi sévèrement que dans les contrées les plus malsaines et les plus redoutées, sous le rapport du paludisme.

A la Martinique, comme ailleurs, la fièvre perd rapidement sa régularité de manifestation, c'est-à-dire, sa périodicité des accès lorsqu'elle élit domicile chez un individu, et plus fréquemment là que partout ailleurs où il m'a été donné de soigner des fébricitants, je l'ai vue irrégulière et comme capricieuse venant à l'heure où on ne l'attend pas pour ne pas apparaître quand on croit la voir venir.

Cette particularité qui n'a rien de spécial, je le répète, pour le pays, faisait dire à Amic qu'à Fort-de-France les fièvres franchement intermittentes sont relativement moins nombreuses que les atteintes plus compliquées de paludisme. Assertion qui ne prouve pas que le paludisme ait des allures particulières dans le pays, mais au contraire, que la population des hôpitaux de la Martinique ne représentant pas la proportion exacte de toutes les catégories d'Européens, soumis à l'action des maremmatiques, on ne peut pas se baser sur les entrées à l'hôpital pour apprécier comme il faut, le pourcentage des diverses variétés de l'impaludation.

Mais ne manquons pas de dire en passant et comme opposition à ce que j'ai formulé tant de fois précédemment, qu'il est indispensable de ne pas négliger d'employer la quinine dès que quelques phénomènes de fièvre réellement paludéenne, se manifestent chez un individu à la Martinique comme ailleurs, si on ne veut pas s'exposer à voir surgir au moment où on y pense le moins, des accidents souvent terribles de perniciosité.

Fièvre paludéenne sévère.

Sous ce titre, j'ai à étudier ici diverses modalités de la fièvre paludéenne qu'on observe parfois à la Martinique et qu'on a désignées sous des noms très divers : fièvre bilieuse rémittente, ictérique, ictéro-hémorrhagique, hématurique, accès jaune, etc., etc., car je passe intentionnellement sous silence bien des appellations qui lui ont été données. Ai-je besoin de rappeler au lecteur combien l'obscurité la plus grande règne encore sur ce point de la pathologie des pays chauds ? je le renvoie tout d'abord au chapitre diagnostic de mon étude sur la fièvre dite bilieuse inflammatoire, et il y verra que, malgré tous les travaux faits déjà sur cette fameuse fièvre bilieuse, il est peut-être impossible à l'heure présente de se faire une opinion même approchée quelque peu de la réalité, car, mille affirmations en sens contraire ont été produites sur son compte et cela par des hommes qui sont à bon droit considérés comme les meilleurs juges en fait de pathologie exotique.

Dans mon *Étude sur la fièvre inflammatoire des Antilles*, j'ai commencé à m'occuper de cette grosse question de la fièvre bilieuse des pays chauds, et j'y renvoie, tout d'abord, le lecteur qui y verra que j'ai distingué au moins dix affections différentes sous ce nom générique. Or, en nous rapportant à ce travail, nous voyons que nous avons ici deux états spéciaux à étudier plus particulièrement : A. La fièvre rémittente bilieuse proprement dite ; entrons dans quelques détails à leur sujet.

Fièvre rémittente bilieuse proprement dite.

Dans l'étude sur la fièvre inflammatoire dont j'ai parlé tant de fois déjà, j'ai commencé par montrer que, sous le nom de rémittente bilieuse, on avait désigné plusieurs affections très distinctes, et en me bornant à analyser les autopsies venues à ma connaissance, j'en ai inféré que sous cette appellation on a rangé : 1° des cas de fièvre jaune sporadique ; 2° des faits de fièvre inflammatoire grave ; 3° des atteintes de fièvre ictéro-hématurique ; 4° la fièvre rémittente bilieuse proprement dite. La question étant ainsi déblayée, voyons en quelques mots les principaux caractères de la maladie qui nous occupe; seulement, je dois prévenir le lecteur que, cette description sommaire portant sur un ensemble de symptômes dont la portée, la valeur, et la succession ont été mal appréciées jusqu'ici, c'est une peinture à peine ébauchée et extrêmement imparfaite, que nous produirons. Cela nous porte à répéter encore combien il serait désirable que les médecins qui pratiquent dans les pays chauds, s'attachassent à étudier avec grand soin la variété qu'ils ont sous les yeux; ils apporteraient ainsi une somme de matériaux qui permettraient ultérieurement l'étude d'ensemble de la maladie d'une manière enfin utile, car, jusqu'ici, la confiance la plus fâcheuse a régné sur le sujet.

La fièvre rémittente bilieuse, telle que nous la comprenons, est un degré plus grave que l'accès simple de l'empoisonnement malarien, elle est caractérisée du côté de l'appareil fébrile par une diminution plus ou moins grande du temps qui sépare deux accès, et c'est au point que souvent on pourrait dire qu'on a affaire à une fièvre continue, ayant des exacerbations plus ou moins fortes à tel ou tel moment de la journée ou de la nuit; du côté de l'appareil biliaire, il y des troubles variables aussi, qui font que la sécrétion cholique est plus ou moins modifiée, que son excrétion est plus ou moins entravée, ce qui entraîne les déjections bilieuses et l'ictère dans maintes proportions, d'une part, et des phénomènes généraux ou réactionnels de l'organisme qu'on peut appeler même des accidents parfois à cause de leur gravité.

Phénomènes touchant la rémittence. — On aurait tort de chercher à définir la maladie en se basant d'une manière absolue et isolée sur ce qui regarde la rémittence, car on voit souvent la maladie passer chez un même sujet ou suivant les sujets dans la même saison, ou bien encore, suivant la saison ou telle condition extérieure variable de l'intermittence à la sub-intrance ou à la rémittence et même à l'état continu et *vice versa*. Tantôt, la fièvre qui a commencé par l'intermittence, arrive à la rémittence par des degrés insensibles

d'aggravation; tantôt, c'est absolument le contraire; tantôt, enfin, la maladie est intermittente au commencement et à la fin, ayant affecté le type rémittent, sub-intrant, continu à tel ou tel moment de la période comprise entre les deux extrêmes.

D'autre part, disons que les moments de l'exacerbation et de la rémission sont très variables; chez les uns, la fièvre va en augmentant de midi à minuit, chez d'autres, de minuit à midi ; parfois, elle avance, ce qui est un signe d'aggravation en général ; tantôt, elle retarde, ce qui est souvent l'indice d'un bon effet de la quinine; bref, on peut dire qu'il y a de grandes irrégularités dans la marche des oscillations de la température. On ne s'est pas encore rendu un compte suffisant de l'importance pathogénique et pronostique de ces allures de la thermalité et de la réaction fébrile, et il y a là un point très important à étudier pour un observateur, car je suis persuadé qu'on déduira de ce qui sera constaté dans cet ordre d'idées, de précieuses indications pour la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, dans l'état présent de nos connaissances, nous sommes à constater les variétés de la rémittence, et comme il est bien établi que plus la période de repos relatif entre deux exacerbations est longue, moins le malade est en danger; l'indication est d'éloigner le plus possible les exacerbations successives et par conséquent, la quinine doit être donnée non seulement *larga manu*, mais encore avec une énergie d'autant plus grande qu'on voit la défervescence s'annoncer, c'est-à-dire, l'exacerbation tirer à sa fin.

Phénomènes biliaires.—Les phénomènes biliaires, de leur côté, ne peuvent servir de base non plus pour l'appréciation de la maladie, car ils sont très variables dans leur manifestation et leur intensité, de sorte, on le voit, que dans l'état présent de nos connaissances, il y a, dès le début, une obscurité considérable, et nous pouvons dire que c'est de la pondération de deux éléments très difficilement appréciables, qu'on en déduit et le diagnostic et pronostic, ce qui revient à avouer que notre ignorance de la maladie ou des maladies comprises sous ce nom de rémittente bilieuse est grande.

Donc l'insuffisance de nos connaissances au sujet de la fièvre rémittente bilieuse, étant reconnue, nous devons dire que, cliniquement, on peut lui reconnaître trois degrés, un qui est le plus léger, quoique la maladie soit déjà grave, un qui est la moyenne entre celui-là et le suivant, un troisième qui est extrêmement dangereux et que l'on appellerait volontiers: soit le degré malin, soit le degré pernicieux, si ces expressions n'avaient déjà été appliquées à des états morbides différents et bien spécifiés, de sorte que nous sommes

réduits à l'appeler le degré grave de la forme que nous avons appelée sévère du paludisme.

Premier degré, le moins grave de la rémittente bilieuse.—Le sujet qui présente cet état, peut se trouver dans diverses conditions, on le comprend, c'est ainsi qu'il est ou bien fort et pléthorique, arrivé depuis peu dans la colonie, intempérant, s'exposant volontiers au soleil; ou bien, c'est un homme faible ou affaibli, continent, plus ou moins préoccupé, travaillant de l'intelligence, etc. Dans d'autres cas, c'est un corps plus ou moins usé, soit par des excès, soit par des fatigues de corps, soit par des travaux d'esprit, soit par des maladies; on comprend par la pensée que ces divers états font une sorte de gamme presque infinie sans que la maladie soit différente au fond. S'il n'a pas encore eu souvent la fièvre, le début est plus intense, le premier accès est plus sévère que si une sorte d'habitude fébricitante a été prise par son organisme. L'accès débute en général par un frisson un peu plus intense que d'habitude, puis la seconde période se fait d'une manière plus accentuée; le facies est souvent assez rouge, la langue est épaisse; il y a des nausées, parfois des vomissements et les selles sont augmentées ou diminuées; dans le cas où elles sont abondantes, on constate facilement leur nature bilieuse, l'accès, jusque-là, assez semblable à un accès ordinaire dans lequel les phénomènes bilieux seraient un peu plus accentués que de coutume, ne cesse pas comme dans les cas d'intermittence franche, et plus ou moins longtemps après le commencement de la défervescence qui n'a pas été complète, on voit la chaleur remonter, un nouveau paroxysme se manifester.

Si l'atteinte mérite réellement le nom de : degré le moins grave, on voit sous l'influence de la médication les phénomènes morbides rester dans une limite qui n'a rien d'inquiétant, et à mesure que la biliosité diminue, les accès s'espacent, s'atténuent, et on n'a bientôt affaire qu'à de véritables intermittences; mais, si au contraire, ce qui est le plus habituel, l'atteinte est sévère, on voit les symptômes dont nous allons parler bientôt. Il est inutile de distinguer ici des formes que l'on peut rencontrer et dont j'ai dit implicitement un mot, tantôt en parlant de l'état de santé des individus au moment où ils ont été atteints. Je puis aussi ne pas insister sur le traitement, car ce que je dirai ultérieurement, fixera les idées d'une manière satisfaisante là-dessus.

Deuxième degré, le moyen de la rémittente bilieuse.— L'atteinte a débuté comme dans le cas précédent; mais on a vu qu'il y a plus de vérité et que le sujet se trouve sous le coup d'une attaque morbide vraiment sérieuse, le frisson a été le plus souvent intense, et les

phénomènes de révolte stomacale sont allés fréquemment jusqu'aux vomissements bilieux, plus ou moins prolongés, plus ou moins abondants.

La forme a été, ou bien inflammatoire, ou bien congestive, ou bien insidieuse suivant maints facteurs qui dépendent surtout de l'individu, les rémissions ont été plus ou moins hésitantes, et les exacerbations plus ou moins sévères en même temps que plus tenaces et plus accentuées, et les moyens thérapeutiques mis en œuvre ont semblé plus impuissants que dans le cas précédent. La fièvre semble vouloir devenir continue et on constate que si le péril n'est pas grand ou imminent encore, il ne faudrait pas une forte aggravation pour qu'il le devînt.

Arrivée à cette période, la maladie se dessine dans telle ou telle direction : chez l'un, elle prend le caractère adynamique, chez l'autre, elle conserve l'aspect inflammatoire, chez un autre, il y a des tendances aux congestions splanchniques, et enfin dans certains cas sans qu'on puisse dire qu'il y a telle ou telle prédominance, on sent que l'état devient de plus en plus sérieux, précisément par cette insidiosité des phénomènes qui fait que la maladie a l'air d'un véritable protée échappant à l'appréciation toutes les fois qu'on veut le serrer d'un peu trop près.

Troisième degré, le plus grave de la rémittente bilieuse.— Ce que nous avons dit des deux premiers degrés, nous renseigne déjà au sujet du troisième, c'est une aggravation très grande qui est survenue dans le cas actuel, et nous nous trouvons en présence d'un véritable état malin, nous dirions : pernicieux si on n'était habitué trop généralement dans la pathologie exotique à appeler de ce nom des raptus, dont un des caractères principaux est la rapidité d'apparition et la durée courte. Les formes que nous avons reconnues précédemment, s'observent *a fortiori*, ici ; tantôt, c'est par un accès d'appareil inflammatoire que le danger est grand ; tantôt, la tendance congestive est l'accident, et alors, c'est le délire, c'est la congestion, l'hypérémie pulmonaire, c'est l'hypercholie, c'est l'ataxie, l'ataxo-adynamie ; le coma qui peuvent se présenter, bref, les accidents les plus divers. On comprend en présence de ces phénomènes, que les médecins les plus expérimentés aient échoué souvent dans l'appréciation exacte de la maladie ; d'autant, il faut le reconnaître, que l'individu frappé par le degré qui nous occupe, est trop souvent une victime dévolue à la mort, quelle que soit la thérapeutique employée.

Quoi qu'il en soit, c'est l'observation de ces faits graves qui a fait croire aux uns qu'il existe une fièvre typhoïde paludéenne, que

d'autres ont cru à une insolation concomitante au paludisme ; que certains ont attribué autant à une atteinte du foie qu'à l'impaludation elle-même, la gravité de l'état, et en somme qu'on a tant écrit, tant discuté sans pouvoir encore, ni épuiser le sujet, ni apporter dans son étude une clarté suffisante, de sorte que ceux qui ont observé les phénomènes morbides, sont impuissants à les faire comprendre, à les faire apprécier dans leur valeur absolue, et relative par ceux qui n'ont pas d'expérience personnelle.

Certes, ce serait un beau sujet d'étude et surtout un travail ayant une portée utile immense que de bien décrire la maladie dans son ensemble, en catégorisant parfaitement ses allures, ses phénomènes. Mais les plus habiles pyrétologistes n'ont pu y arriver d'une manière satisfaisante jusqu'ici, et je n'ai, par conséquent, pas l'espoir de réussir, là, où tant d'hommes éminents ont échoué. Je m'arrête donc à cette ébauche informe, et je ne m'occuperai même pas du traitement de la fièvre rémittente bilieuse proprement dite, car, comme il ne diffère absolument pas de celui de la fièvre bilieuse mélanurique ou de la bilieuse hématurique, je renvoie le lecteur à ces maladies, afin de ne pas faire un double emploi.

Fièvre bilieuse hématurique.

Dès le début, et avant d'entreprendre l'étude des symptômes de la maladie dont on vient de lire le titre, j'ai besoin d'entrer dans des détails historiques et explicatifs pour tâcher de faire cesser un malentendu des plus fâcheux qui a pour conséquence de laisser planer la plus grande obscurité sur ce que nous devons penser de cette fièvre ou de ces fièvres à urines noires.

Il y a longtemps qu'on a signalé l'aspect spécial des urines dans les atteintes bilieuses du paludisme de certains pays, et si nous recherchions dans les livres des siècles précédents, nous trouverions maints détails à ce sujet, mais dans la situation où nous nous trouvons ici, il nous suffira de dire que c'est dans le courant de ce siècle à peine, et particulièrement dans sa seconde moitié que l'attention a été appelée là-dessus d'une manière suffisamment précise.

Lebeau, chef du service de santé de Mayotte, en 1850, décrivit dans ses rapports trimestriels, les particularités afférentes à la fièvre bilieuse à urines noires ; Gelineau, qui lui succéda, en parla aussi en 1851 ; Guillasse en 1852 ; et enfin Daullé (thèse de Paris 1857) la spécifia d'une manière bien claire, l'ayant observée avec soin à Madagascar.

Pendant ce temps, les médecins du Sénégal observaient cette fièvre à urines noires. Ainsi que je l'ai fait ressortir dans mon *Étude*

sur la fièvre mélanurique (Paris 1874), on l'avait rencontrée quelquefois, mais Loupy, Cerf-Mayer, Legrain, Lestrille, Lajoux, et enfin, Barthélemy Benoît concoururent à la faire connaître. On peut dire même que le mémoire de ce dernier, publié dans les archives de médecine navale, a fait entrer définitivement la maladie dans le champ de la science classique.

La question en était là, lorsque Dutrouleau, qui venait de quitter le service actif et les colonies, publia son livre si remarquable à tant de titres, et comme malheureusement, au lieu de se borner à décrire les maladies des Antilles, qu'il connaissait mieux que personne, il était poussé à généraliser ses descriptions pour satisfaire aux exigences d'un titre beaucoup trop large : *les maladies des Européens dans les pays chauds*, il se trouva dans l'obligation de parler d'une maladie qu'il n'avait pas vue, et dont il ne pouvait apprécier les caractères réels ; d'autant que le très remarquable mémoire de Barthélemy Benoît avait perdu par quelques adjonctions, quelques modifications suggérées à son auteur par des maîtres qui avaient craint que Barthélemy n'eût trop accentué certains détails, avait perdu, dis-je, cette clarté et cette précision saisissante que j'ai trouvées dans certains fragments du travail de mon savant collègue, insérés dans ses rapports trimestriels sur l'hôpital de Gorée.

Dutrouleau n'ayant pas vu la fièvre dont on parlait pour Mayotte, Madagascar et le Sénégal, ne s'arrêta pas à l'idée que c'était une maladie qu'il ne connaissait pas, mais, au contraire, la rapprochant des faits de fièvre bilieuse qu'il avait vus aux Antilles, il voulut la faire entrer dans son cadre, et il fit un peu comme celui qui essaierait de modeler deux corps dissemblables l'un sur l'autre, il força les analogies et arriva, somme toute, à une peinture qui ne retraçait plus les traits de la fièvre à urines noires des Antilles, parce que son aspect avait été trop modifié, et qu'il ne ressemblait pas non plus à la fièvre à urines noires du Sénégal, Mayotte, etc., etc., parce que son auteur n'ayant aucune idée de cette affection, n'avait pas osé copier textuellement les descriptions de Daullé, Lebeau, Barthélemy Benoît, etc., etc.

Au moment où Dutrouleau publiait son livre, A. Pellarin, qui fut un médecin distingué de la marine, servait à la Guadeloupe et voyait la fièvre bilieuse à urines noires des Antilles dans un grand nombre de cas, il l'étudiait avec soin, et trouvant dans plusieurs de ses autopsies, une lésion rénale assez étrange qu'il n'avait pas remarquée jusque-là, il crut avoir découvert la raison du principal phénomène de la maladie. Poursuivant avec ardeur son étude sur cette pyrexie si intéressante, il arriva à en connaître les moin-

dres détails, se trouvant pour cela même parfaitement en mesure de constater que Dutrouleau n'avait pas retracé exactement les traits de l'affection dont il était question. Le sort ne sourit pas à Pellarin comme il avait souri à Dutrouleau ; mille conditions éventuelles, nombre de ces hasards, qui, dans la carrière militaire, font que tel réussit à franchir tous les échelons de la hiérarchie, avec une rapidité qu'on peut appeler du bonheur, et tel autre, très méritant, cependant, très digne d'atteindre les hauts grades, reste en chemin plus ou moins attardé, firent qu'au lieu d'être chef titulaire du service important de la colonie, il resta dans un second rang. Il dut quitter le service sans avoir obtenu toutes les satisfactions que méritait sa grande valeur, et même, rentré dans la vie civile, cette malechance le poursuivit, et en effet, alors que le nom de Dutrouleau était répété à l'envi par tous ceux qui s'occupaient de pathologie exotique, le sien restait assez ignoré, et l'espoir de tenir à Paris un rang qui revenait certainement à sa grande connaissance des maladies des pays chauds, fut déçu comme tant d'autres, de sorte qu'un peu d'aigreur se mit de la partie, aiguillonnée qu'elle était par maintes considérations dans lesquelles il est inutile d'entrer.

A ce moment, je revins du Sénégal, ayant observé la maladie dont Loupy, Cerf-Mayer, Lestrille, Barthélemy Benoît avaient parlé, et je publiai mon *Étude sur la Fièvre mélanurique*, qui avait pu être plus complète que celle de bien de mes camarades, précisément parce que, favorisé du sort dans ma carrière militaire, j'avais pu atteindre au premier rang, et je m'en étais servi pour compulser les documents d'ensemble, plus aisément que n'avaient pu le faire ceux qui, comme Pellarin, étaient restés au second. L'Académie de médecine, l'Institut voulurent bien accueillir mes recherches avec une flatteuse distinction, et lorsque Pellarin lut mon livre, il fut douloureusement affecté sous maints rapports. Bien plus, lui qui croyait parfaitement connaître toutes les variétés de fièvre à urines noires, parce qu'il connaissait, mieux que personne, celle qu'on observe à la Guadeloupe, ne retrouva pas, dans ma description des atteintes du Sénégal, les caractères qu'il avait constatés dans les atteintes des Antilles, et au lieu de faire cette réflexion si simple et vraie au fond, que nous avions vu, chacun de notre côté, une maladie différente, et que, parfaitement fixé sur la fièvre à urines noires de la Guadeloupe, il ne savait rien de précis touchant celle bien différente qu'on observe au Sénégal, il s'arrêta, aveuglé par la passion, à la pensée que je m'étais trompé. Toutes les fois qu'en lisant mon livre, il rencontrait une dissemblance, au lieu de reconnaître, comme il l'eût certainement fait, si son jugement n'avait été obscurci par

un sentiment hostile, au lieu de reconnaître, dis-je, que nous parlions de deux états différents, il en inférait que je m'étais trompé, que je ne retraçais pas exactement les traits de ce que je voyais. Que sais-je même? que je ne disais pas ce qui était la vérité, soit pour lui faire de la peine, soit pour amoindrir ses recherches si longtemps poursuivies, mais non encore mises au jour.

Triste résultat de la passion humaine, exemple que ceux qui ont la faiblesse de se laisser aller à des sentiments de colère ou de jalousie, dans le champ de la science, devraient avoir perpétuellement devant les yeux : Si Pellarin, ne songeant pas autant aux conditions favorables qui ont aidé Dutrouleau dans sa carrière, et qui, au contraire, l'avaient desservi, lui si méritant, je le sais bien ; si, ne comparant pas avec acrimonie, les conditions de mon avancement avec celles de son service colonial, il était resté dans la sérénité qui convient aux recherches scientifiques, il aurait fait une description plus profitable, parce qu'elle eût été plus complète, de la fièvre à urines noires des Antilles, et nos successeurs, lisant ce travail d'une part, lisant ensuite mon *Étude sur la Fièvre mélanurique du Sénégal*, en auraient apprécié d'un coup d'œil et sans difficultés, les analogies et les différences. Lui, qui était si sensible à la satisfaction d'amour-propre d'avoir *découvert* quelque chose, il a perdu, par trop d'acrimonie dans sa discussion, la chance heureuse de découvrir une nouvelle maladie et, par une amère dérision du sort, il aura laissé à celui, dont les succès l'empêchaient de dormir, la tâche facile de faire connaître une affection sur laquelle, plus que tout autre, il avait le droit de priorité. Donc, puisque A. Pellarin, se laissant entraîner dans une discussion passionnée, a négligé de le faire, établissons les caractères qui doivent faire admettre la fièvre bilieuse hématurique dans le cadre de la pathologie exotique, à côté et non à la place de la fièvre bilieuse mélanurique, dont nous avons parlé précédemment, à propos des maladies des Européens au Sénégal.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

La fièvre bilieuse hématurique étant la manifestation, non seulement d'un empoisonnement paludéen grave, mais encore d'une intoxication de longue durée, ne survient pas d'emblée chez les Européens qui habitent les Antilles ; elle a toujours été précédée par des accès plus ou moins simples, et en général, elle est pour ainsi dire annoncée par une tendance à la *biliosité* qui se manifeste d'une manière plus accentuée, à mesure que les atteintes fébriles se renouvellent.

Je suis porté à croire, d'après le travail de Pellarin, que les accès prodromiques sont la règle dans le cas actuel, comme dans la fièvre mélanurique du Sénégal. Quoi qu'il en soit, le premier accès, vraiment hématurique, débute en général par un frisson prolongé plus fort qu'à l'ordinaire, ou par une succession de petits frissons, alternant avec des bouffées de chaleur, absolument comme dans la maladie dont je viens de parler, mais, ajoutons aussi, comme dans toutes les atteintes graves de paludisme, lorsqu'un raptus se manifeste quelque part. Comme pour la fièvre à urines noires du Sénégal, je partagerai la maladie en quatre degrés. A. léger ; B. moyen ; C. intense ; D. sidérant. C'est en rapportant le plus possible les deux affections au même dénominateur, qu'on me passe le mot, que nous apprécierons plus facilement leurs analogies et leurs différences.

A. *Degré léger.*

Début par un frisson plus accentué que précédemment ; agitation, malaise, anxiété épigastrique, sentiment de pesanteur et même de douleur dans les régions hépatique et lombaire. Céphalalgie ; facies fréquemment pâle, terreux, seulement quelquefois légèrement ictérique ; mais probablement jamais jaune, d'une manière très accentuée. Vomissements bilieux, assez peu colorés et de teinte jaune, parfois cette couleur persiste pendant toute la durée de l'accès ; mais, quelquefois cependant, elle vire au vert d'une manière plus ou moins accentuée. Ces vomissements semblent être en rapport avec les oscillations de l'accès ; la rémission se manifeste-t-elle, ils diminuent et s'éclaircissent. Au contraire, une nouvelle poussée se montre-t-elle, on les voit augmenter de nombre, d'abondance et de coloration.

Les urines présentent une coloration tellement spéciale qu'elle a réagi sur l'appellation même donnée à la maladie ; elles sont de couleur rouge, et même rouge-noirâtre, et tellement semblables à du sang pour l'aspect que le malade et les assistants croient le plus souvent à une véritable hémorrhagie. On me permettra de ne pas insister sur cette coloration, je suis entré dans assez de détails, en m'occupant de la fièvre mélanurique du Sénégal, pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici.

Je dirai cependant que la densité de ces urines est toujours élevée ; aussi elles moussent facilement et rien qu'en tombant dans le vase même, elles se recouvrent d'une mousse plus ou moins abondante à laquelle on voit des reflets rougeâtres très accusés.

L'acide azotique, la chaleur forment un précipité abondant dans ces urines noires. Quelques observateurs disent avoir vu des glo-

bules sanguins au microscope, mais ils reconnaissent tous que ce ce n'est qu'en petit nombre qu'on les rencontre. Or, cet aveu nous montre qu'à proprement parler, ce n'est pas une véritable hémorrhagie du rein que l'on a en présence, et que si les éléments du sang sont bien dans l'urine, on n'a pas affaire en réalité à une hématurie proprement dite, comme celle, par exemple, qui résulterait d'une déchirure traumatique du tissu du rein, de sorte que, même pour le cas où la présence du sang est manifestement amenée, il y a encore une restriction à faire avant d'admettre que c'est du sang pur et en nature.

La durée du premier accès est de dix-huit à vingt-quatre heures en général, il a eu le plus souvent une marche légèrement irrégulière, c'est-à-dire, que la température, la fréquence du pouls, le malaise, la fréquence des vomissements, par exemple, quoique suivant une courbe bien ménagée, augmentant graduellement, puis allant en diminuant sans ressauts, ni brusques arrêts, ont néanmoins quelques oscillations que nous verrons plus prononcées encore dans les autres degrés.

Lorsque l'accès est fini, la température n'est pas retombée au chiffre normal, elle est restée un peu plus élevée que la moyenne, et il semble à chaque instant qu'un nouvel accès va reparaître. Mais cependant, dans le cas qui nous occupe, l'orage est dissipé au moment dont nous parlons, car, à vrai dire, l'atteinte bilio-hématurique légère n'a qu'une seule période, celle de l'accès. C'est pour cela que, sauf des exceptions assez rares, une fois passé, l'accès ne se reproduit pas, et le sujet entre aussitôt après en convalescence, mais, même lorsque les conditions les plus heureuses se sont montrées, cette convalescence est assez fragile ; il est nécessaire de surveiller de très près le mouvement fébrile, car il est rare qu'un accès simple ou compliqué ne vienne pas se montrer pendant ou à l'expiration du septénaire.

B. *Degré moyen.*

Début par un frisson, comme pour le degré léger; peut-être ce frisson est-il plus accentué, plus sévère et plus prolongé ; agitation, malaise, anxiété épigastrique plus marqués que dans les atteintes bénignes, en faisant, cependant, la part des différences individuelles et de la nationalité des sujets. Facies souvent pâle, la teinte ictérique est fréquemment plus marquée que dans le degré précédent, mais cependant, elle ne se montre pas dans tous les cas.

Vomissements bilieux dès le début de l'atteinte, ils sont de couleur jaune, un peu plus foncée en général que dans les atteintes lé-

gères, mais cependant, on ne peut se baser sur cette coloration pour diagnostiquer les divers degrés de gravité.

De même que nous avons vu dans le degré léger, les vomissements virer au vert, nous devons reconnaître que, dans le degré moyen, cette couleur verte arrive plus fréquemment et plus vite : elle est d'abord légère, et le liquide reste limpide, à moins des cas où la gravité est augmentée.

Les urines sont plus foncées, c'est-à-dire, plus brunes encore que dans le degré léger; elles sont franchement rouges et on comprend, en les regardant, que la première idée ait été qu'on a affaire à une véritable hémorrhagie.

La durée du premier accès est, en général, de vingt-quatre à trente heures. Très généralement, cet accès a décrit une courbe régulière, dans laquelle le maximum a été atteint six, huit, dix heures après le début, et la défervescence s'est faite régulièrement sans ressauts, ni brusques diminutions, mais cependant, lorsque l'accès paraît être fini à l'observation superficielle, on s'aperçoit que la température, que le rhythme du pouls ne sont pas redescendus néanmoins au chiffre normal.

Il est assez rare que la maladie s'arrête avec le premir accès, comme nous l'avons vu pour le degré léger; le plus souvent il y a une série de poussées qui vont en général en décroissant et qui, à une époque où les médecins se préoccupaient davantage des allures des paroxysmes de la fièvre paludéenne, ont valu à la maladie les noms de fièvre rémittente, subintrante, subcontinue, etc., etc.

Pendant les rémissions, les urines perdent leur apparence sanglante pour rester plus ou moins brunes, plus ou moins colorées, d'aspect louche ou limpide, suivant les sujets, et les paroxysmes sont signalés par la réapparition de l'aspect hématique qui peut s'accentuer deux, trois, quatre fois dans le courant de la maladie avec des alternatives plus ou moins prolongées.

Après l'évolution de deux ou de trois accès et au moment où l'atteinte hématurique tire à sa fin, à proprement parler, c'est-à-dire quand les urines redeviennent claires, on voit le sujet tomber dans un état de faiblesse qu'on a appelé avec raison la période adynamique de la maladie. Cette période, qui avait fait défaut dans le degré léger, parce que le raptus avait été assez fugace pour ne pas porter une atteinte très profonde à l'organisme, se trouve dans le degré moyen à l'état d'hésitation. On dirait que la maladie s'essaie à l'adynamie, qu'on me passe le mot et la peinture; en effet, chez certains sujets, cette adynamie est à peine saisissable, tandis que, dans d'autres, elle est aussi accentuée que ce que nous la verrons

dans le degré intense. Pour éviter des redites, on me permettra de signaler seulement cette adynamie dans le moment présent, nous en parlerons plus longuement tout à l'heure.

La convalescence déjà fragile dans le degré l'est naturellement plus encore dans celui qui nous occupe; il est très rare que de petits accès de fièvre ne terminent pas la scène et que, pendant le septénaire qui suit l'atteinte, on ne voie pas une ou deux fois la maladie faire une nouvelle démonstration poussée plus ou moins loin. D'ailleurs on peut se faire une idée assez juste des allures de la fièvre hématurique en disant qu'elle n'a pas une marche uniforme, mais qu'elle procède par ressauts et véritables crises. L'atteinte est-elle légère, le ressaut qui aboutit à la production des urines noires est unique, précédé et suivi de légères ondulations. Au contraire, l'atteinte est-elle plus intense, on voit les accès ordinaires augmenter de force, de fréquence, le raptus se produire, et quand ce raptus a tiré à sa fin, les accès ordinaires, qui sont encore assez forts pendant quelques jours, semblent menacer de se reproduire à une ou plusieurs reprises différentes.

C. *Degré intense.*

Début par un frisson sévère et prolongé; il est probable que ce frisson est plus intense et plus durable que dans l'atteinte de moyenne intensité; mais il faut, je crois, établir une distinction entre les sujets qui ont conservé encore une certaine résistance vitale et ceux qui sont déjà profondément affaiblis par l'empoisonnement malarien. Dans ce dernier cas, au contraire, le frisson peut être assez léger, ce qui est un mauvais indice, on le comprend, car on serait tenté de dire qu'il n'est aussi peu accentué que parce que le malade a perdu déjà sa faculté réactionnelle. La teinte ictérique de la face s'observe fréquemment, mais cependant elle est loin d'être constante et on ne peut se baser sur elle pour juger de la gravité de la maladie, car, maintes fois, les atteintes de moyenne gravité entraînent une ictéricie plus accentuée que le degré intense.

L'épigastre, la région hépatique et surtout la région des reins présentent des douleurs assez intenses ou au moins un sentiment extrêmement pénible, si généralement indiqué qu'on peut le dire caractéristique.

Les vomissements sont plus fréquents et plus pénibles, sinon plu abondants que dans les atteintes précédentes; ils sont de couleur jaune plus intense, tirant souvent au verdâtre et arrivant au vert porracé de la fièvre mélanurique ou de la péritonite.

Dans le degré qui nous occupe, les urines sont absolument d'as-

pect sanglant, elles arrivent même à dépasser la couleur du sang veineux et à prendre la teinte du gros vin, presque la teinte noirâtre, elles sont denses, peu abondantes, en général, et contiennent manifestement une grande quantité d'albumine.

La durée du premier accès est de trente à quarante-huit heures ; il est assez rare que cet accès ait suivi une marche parfaitement régulière, c'est-à-dire une courbe sans ondulations ; le plus souvent on a saisi pendant son évolution une ou plusieurs tentatives de défervescence qui semblent avorter et, par conséquent, être entremêlées de petits paroxysmes. D'ailleurs, lorsque ce premier accès peut être considéré comme terminé, on ne peut pas dire que la température et le pouls soient redescendus au chiffre normal, car le sujet est encore dans un état fébrile très accentué.

Dans le degré actuel, on voit la période adynamique succéder d'une manière bien claire et bien indiscutable à la première période, période des paroxysmes. La température reste élevée, de sorte que le sujet est resté, pour ainsi dire, sous l'empire de la fièvre, et les médecins des temps passés ont pu dire que l'atteinte était devenue continue, de rémittente ou subintrante qu'elle était d'abord.

Les forces sont naturellement très abattues dans la période adynamique, le pouls a peu de résistance, l'agitation, l'anxiété ne cèdent que pour faire place à une prostration de mauvais augure, ou bien mènent insensiblement au délire, et bientôt on voit apparaître souvent les phénomènes qu'on a appelés typhoïdes et qui, ici comme ailleurs, sont l'indice d'une extrême gravité.

La mort est souvent la terminaison d'un état aussi dangereux, elle se fait soit par l'aggravation graduelle de ces phénomènes typhoïdes, soit par un collapsus rapide, véritable accès pernicieux intercurrent, pourrait-on dire ; dans tous les cas elle entre pour un pour centage considérable dans le nombre des atteintes.

D. *Degré sidérant.*

Il n'est pas rare que le frisson initial ait fait défaut dans le cas actuel, et on peut dire, le plus souvent, que c'est parce que le sujet a perdu le ressort réactionnel, c'est-à-dire qu'il est sidéré par la gravité de l'atteinte. La teinte ictérique n'est pas très accentuée, en général, quoique apparente, et on peut avancer encore que c'est parce que la vie est déjà si diminuée dans ses manifestations que les phénomènes morbides n'ont pas le temps de se manifester.

Au lieu de l'agitation et de l'anxiété qu'on observait dans les degrés précédents, le malade présente souvent une quiétude assez

marquée qui n'est qu'un plus mauvais indice encore; il paraît, en effet, désintéressé à son état immensément grave.

Les vomissements sont moins fréquents et moins pénibles; ils se font parfois d'un flot et comme par une sorte de régurgitation; ils sont toujours de couleur plus intense, et le plus souvent ils sont moins limpides, se séparant par le repos en une partie supérieure liquide, plus ou moins colorée en jaune-ocre, jaune-verdâtre ou verte même, et une partie inférieure solide, grumeleuse, ayant l'aspect des épinards hachés, que nous avons signalée dans la fièvre mélanurique.

La durée de l'accès sidérant mesure, peut-on dire, le temps qui reste à vivre au malheureux, et ce n'est pas une véritable défervescence que l'on constate dans les oscillations de la température et du pouls, mais bien les réactions convulsives, qu'on me passe le mot, des dernières forces vitales dont la synergie et l'efficacité ont été brisées par l'intoxication avant même la manifestation ultime à à laquelle on assiste.

Il n'y a pas, à proprement parler, deux périodes dans le cas qui nous occupe, le sujet a été sidéré avant d'être malade, de sorte qu'on assiste seulement, à vrai dire, à son agonie, et les phénomènes morbides ne sont que les dernières convulsions d'un organisme brisé.

DIAGNOSTIC.

J'ai dû tracer, à très grands traits, la fièvre bilieuse à urines noires qu'on observe aux Antilles, et ma description manque naturellement de développements et de détails; mais cependant, tout imparfaite qu'elle est, elle nous montre *a priori*, d'une manière bien claire, que cette maladie est différente de celle que j'ai décrite pour la côte occidentale d'Afrique. Si Pellarin n'avait pas été aveuglé par des sentiments qui ne doivent jamais entrer en ligne de compte quand on veut faire de bonne besogne scientifique, il eût reconnu cette différence frappante et eût été le premier à la signaler, au lieu de s'attarder dans les discussions oiseuses autant qu'acrimonieuses touchant la priorité à telle ou telle découverte. Et d'ailleurs, qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce qu'une maladie soit différente suivant qu'on l'observe sur le bord oriental ou sur le bord occidental de l'Océan Atlantique, c'est-à-dire à quinze cents lieues de distance et dans des pays absolument dissemblables. On peut dire même que le contraire serait capable d'étonner.

Pour énoncer, en un mot, toute ma pensée au sujet de la fièvre mélanurique des Antilles, comparée à celle du Sénégal, je dirai

qu'il me semble que les deux atteintes sont une modalité différente de la même essence de maladie; sans doute elles ont des liens de parenté étroits et communs; mais, à côté de cela, elles se manifestent par des phénomènes dissemblables dans quelques détails de leur évolution, et la chose est si naturelle qu'elle est accueillie par l'esprit sans aucune difficulté.

Pour ne pas consacrer un temps trop long à l'exposition de ces différences, qu'on me permette de rapporter ici le tableau du diagnostic différentiel que j'ai donné déjà dans mon *Étude sur la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles;* on y verra rapidement, et d'un coup d'œil, les principales différences que j'ai cherché à faire ressortir.

Fièvre mélanurique.	*Fièvre ictéro-hématurique.*
L'ictère apparaît d'emblée avec le premier accès au début de la maladie et donne aussitôt un aspect particulier par la couleur ocre ou jaune-vert très accusé, que présente la peau sur toute son étendue, et d'une manière uniforme. Cet ictère est un des caractères les plus constants, ainsi que des plus caractéristiques; il est toujours très saisissable au premier coup d'œil.	Apparition moins rapide et surtout accentuation moins grande le plus souvent de l'ictère. Cet ictère est quelquefois très faible et même marqué pour ainsi dire par la teinte grisâtre des téguments. Quelquefois la coloration jaune n'existe que sur la partie supérieure du corps.
Teinte jaune bien accusée de tous les tissus qui peuvent se colorer par l'ictère; ainsi, par exemple, les méninges, le péricarde, les plèvres, le péritoine, l'épiploon et même la substance cérébrale.	La teinte jaune fait le plus souvent défaut, toujours même d'après M. Pellarin.
Vomissements verts tout à fait caractéristiques et absolument différents de ceux qu'on appelle habituellement les vomissements bilieux dans l'embarras bilieux, la fièvre avec phénomènes bilieux modérés, la rémittente bilieuse proprement dite.	Vomissements jaunâtres le plus souvent et sans différences d'avec ce qu'on appelle les vomissements bilieux ordinaires. Quelquefois cependant les observateurs ont signalé des vomissements verts ou bien ils n'ont pas observé avec suffisamment de soin les deux maladies ou bien ces vomissements n'ont pas l'aspect aussi caractéristiques que dans la fièvre mélanurique du Sénégal.
Les vomissements présentent, en outre de leur aspect caractéristique,	Les vomissements, quoique fréquents, ne sont pas à beaucoup près,

une extrême fréquence et produisent une grande abondance de liquide dans la généralité des cas.	ni aussi fréquents, ni aussi abondants.
Selles bilieuses et souvent tellement semblables à l'urine mélanurique qu'il est difficile de la différencier de ce liquide par la vue et par l'odeur.	Selles ne présentant absolument pas ces caractères.
Urines. — Urines noires, très-caractéristiques, ayant quelquefois l'aspect rouge-brun à teintes plus ou moins dégradées, mais cependant la mélanurie survient assez fréquemment d'une manière brusque et cesse de même après les accès.	Les urines me semblent avoir une teinte noire, moins accusée dans la plupart des cas de la fièvre hématurique des Antilles, et la coloration noire n'est ni aussi spontanée ni ne disparaît aussi rapidement. Si j'en crois les faits venus à ma connaissance, la coloration noire ou plutôt rouge-brun très obscur se produirait peu à peu et diminuerait de même.
Les réactions chimiques, décrites dans mon travail sur la fièvre mélanurique, p. 281 et suivantes, ont donné au Dr Trouette l'indication de la présence de la bilirubine et de la bilifuscine.	Les mêmes expériences répétées par le Dr Porte ont donné les mêmes indications.
Je n'ai pas trouvé de sang dans les urines; plusieurs observateurs n'ont pas été plus heureux que moi, et même les travaux de ceux qui en ont trouvé montrent que cette recherche n'est pas toujours suivie de succès; ce serait donc l'exception.	D'après les travaux des médecins de la Guadeloupe et mes propres observations, ainsi que celles du Dr Porte, le sang se trouve facilement dans l'urine de la fièvre hématurique des Antilles.
Coloration ictérique du tube intestinal.	Pas de coloration ictérique du tube intestinal.
Le foie est toujours augmenté de volume et de poids. Sa moyenne est de 2 k. 194, le poids physiologique étant de 1,796 gr.	L'augmentation du foie existe toujours aussi, mais n'a pas encore été déterminée avec précision.
Si le sujet est mort dans la période d'acuité de la maladie, la congestion de l'organe est intense, le tissu a la couleur rouge-brun, quelquefois très-foncé; plaques violacées sus-jacentes, suffusion, sorte d'imbibition interstitielle du tissu par le sang.	La distinction des deux périodes de la maladie n'a pas été aussi bien déterminée encore pour la fièvre hématurique. M. Pellarin signale deux états : 1° Foie volumineux, pâle, plus ou moins ferme, contenant peu de sang; 2° Brun, piqueté de rouge et de gris, pigmentation noirâtre, pointillé dans les ramifications
Si le sujet est mort dans la période d'adynamie, la congestion est moin-	

dre, nulle parfois, et même l'organe peut contenir moins de sang que dans l'état normal.

vasculaires de la surface, augmentation de volume, bord antérieur épais, fortement congestionné. Cette description montre que l'état du foie est très différent d'avec les deux affections.

La bile est noirâtre, ayant la consistance d'une gelée trop cuite, du raisiné; elle a été comparée avec justesse au goudron. Quand on prend avec un bâton de verre un peu de cette bile et qu'on la délaie dans de l'urine normale, on lui donne aussitôt l'aspect de l'urine mélanurique.

La bile, bien que très foncée en couleur, est d'aspect jaune-brunâtre et pas noire. Elle donne par dilution dans l'eau une coloration jaune moins foncée. Elle n'est pas grumeleuse, mais fluide et filante. Quand on prend avec un bâton de verre un peu de cette bile et qu'on la délaie dans de l'urine normale, on ne lui donne absolument aucun aspect d'urine mélanurique.

Reins. — Je vais d'abord citer les caractères différentiels tels qu'on pouvait les présenter ultérieurement à nos recherches; je dirai ensuite le pas que la question a fait depuis.

L'état des reins diffère suivant que le sujet a succombé pendant la période fébrile ou longtemps après.

Période fébrile. — Volume augmenté : 222 gr. en moyenne, le poids physiologique étant de 171 gr.

Congestion et plaques, ecchymotiques surtout dans la substance corticale; quelquefois même c'est une véritable apoplexie limitée avec ramollissement; le restant de la substance corticale, quoique moins congestionné l'est cependant plus qu'à l'état normal.

Aucune trace de l'abcès phlycténoïde que l'on trouve dans la fièvre hématurique des Antilles.

Période d'adynamie. — S'il s'est écoulé un temps suffisamment long, on ne peut plus trouver la trace d'une congestion du rein. Bassinets sains. Là, dans les uretères et dans la vessie, il n'y a aucune lésion qui puisse être appelée pathognomonique.

Les reins sont augmentés de volume, mais cette augmentation n'a pas été déterminée avec précision encore. Deux lésions considérées comme pathognomoniques par M. Pellarin, à savoir :

1° Infiltration hémorrhagique de certains points de la substance corticale sans ramollissement.

En dehors des points d'infiltration hémorrhagique, la substance corticale est pâle et anémiée;

2° Abcès phlycténoïde, allant de la grosseur d'un grain de riz à celle d'un gros pois, contenant de la sérosité ou du pus.

Bassinets, papiles rénales congestionnés et parsemés d'arborisations rouges très-manifestes, uretères et vessie sans lésion spéciale.

D'après ce que nous venons de voir, M. Pellarin a considéré ce qu'il a appelé l'abcès phlycténoïde comme la lésion pathognomonique de la fièvre à urines noires ; il a cru que ceux qui n'avaient pas parlé de cette lésion s'étaient trompés et avaient mal vu. Malheureusement M. Pellarin s'est absolument abusé à cet égard. Si même nous voulions continuer la discussion sur le pied où il l'a mise, nous pourrions dire qu'il s'est trompé deux fois pour une au sujet de cette lésion, car : 1° ce n'est pas un abcès phlycténoïde ; 2° cette lésion n'est pas pathognomonique de la fièvre à urines noires.

Mais loin de nous pareille manière d'argumenter ; la science est une chose trop élevée, trop sérieuse pour que les petites discussions acrimonieuses soient de mise dans son étude. Disons donc seulement que la lésion signalée par M. Pellarin, bien que très-intéressante, n'est pas un abcès, et que, d'autre part, cette lésion n'est pas pathognomonique de la fièvre à urines noires. C'est ce que nous allons démontrer.

1° *La lésion signalée sous le nom d'abcès phlycténoïde n'est pas un abcès.* — Le premier, à ma connaissance, qui l'ait démontré péremptoirement est notre savant et intrépide camarade, M. Crevaux, qui, avant d'entreprendre son remarquable voyage à travers les Guyanes, a assisté à une épidémie de fièvre jaune, pendant laquelle il a trouvé deux fois cette lésion et en a fait l'étude histologique. (Voir *Archives de médecine navale de* 1877.)

De mon côté, ayant trouvé à plusieurs reprises la lésion susmentionnée dans des autopsies que j'ai faites à la Martinique, j'en ai rapporté les pièces pathologiques que j'ai fait étudier au point de vue histologique par mes savants camarades, MM. Bonnet et Michel, médecins de la marine, et voici ce qu'ils y ont trouvé :

Note touchant l'examen histologique du rein de Damon (Henri-Lec).

Ce rein porte de nombreux kystes à la région corticale, l'un d'eux très considérable a deux centimètres de diamètre et se trouve à la périphérie ; d'autres de diverses grandeurs, depuis la tête d'une petite épingle, jusqu'à celle d'une grosse lentille, se rencontrent çà et là.

Ces kystes sont vides, le plus grand est constitué par des parois formées d'un tissu conjonctif condensé avec très peu de cellules plates. Les tubes contournés qui avoisinent ce kyste paraissent plus rares et séparés les uns des autres par du tissu sclérosé, qui est surtout manifeste autour des tubuli.

A mesure qu'on se rapproche du kyste, les aglomérules sont de plus en plus atrophiés et envahis en grande partie par le tissu conjonctif, ce que démontre la coloration plus ou moins vive, déterminée par le picro-carminate. Ces glomérules remplissent à peine les deux tiers et même la moitié de leur loge.

Pas de trace d'inflammation autour du kyste, mais un travail de sclérose. Les tubuli sont altérés, leurs parois sont épaissies, et les cellules épithéliales troubles sont ratatinées, remplissant seulement un tiers environ de la lumière du tube.

Quel est le mode de formation de ces kystes? Seraient-ce des kystes de rétention? Mais les tubuli voisins seraient plus ou moins obstrués et c'est le contraire qui a lieu. L'absence de matière colloïde ne permet pas de croire à des kystes colloïdes. Ce sont peut-être des kystes séreux ou des kystes déterminés par une slcérose atrophique, ayant son point de départ dans les glomérules, lesquels disparaissent insensiblement, laissant leurs loges vides, loges qui constitueraient autant de kystes miliaires qui, se fusionnant ensuite par extension réciproque, arriveraient à en former de plus grands.

Y a-t-il un rapprochement à faire entre la présence de ces kystes et la maladie qui a amené la mort? Nous ne le croyons pas, car ces kystes se forment lentement, ils sont, le plus souvent, la suite de la néphrite interstitielle qui existe dans l'espèce et qui est généralement de longue durée. (*Signé :* Dr Bonnet).

Après de pareils arguments, on n'a plus besoin d'insister, on le voit, et il n'est plus permis d'appeler les cavités dont il est question du nom d'abcès.

2° *La lésion rénale signalée comme pathognomonique de la fièvre à urines noires ne l'est pas.* — Il ne me sera pas difficile de prouver cela. En effet, pendant mon séjour à la Martinique, j'ai rencontré cette lésion dans des affections assez diverses pour qu'aucun doute ne puisse subsister : 1° Je l'ai trouvée dans les reins du nègre observé par M. Leclerc et dans celui du gendarme Kech précités; 2° J'observai absolument la même lésion dans les reins d'un artilleur du nom de Sarrazin, qui succomba à un accès pernicieux algide; 3° Je l'ai rencontrée aussi manifeste dans le rein d'un jeune lieutenant de vaisseau, mort d'abcès du foie et dont la rate pesait moins de 200 gr., ne présentant absolument aucune trace de paludisme; 4° Je l'ai notée, sans qu'il fût possible de le révoquer en doute, dans une autopsie pratiquée sous mes yeux par mon excellent ami, le Dr Cotte, médecin de la marine, sur un vieillard alcoolique, mort d'une maladie de cœur et dont la rate peu volumineuse ne portait aucun stigmate d'intoxication maremmatique; 5° Je l'ai vue aussi parfaitement claire dans le rein d'un cuisinier nègre, de l'aviso à vapeur l'*Alecton*, arrivé malade de Cayenne et ayant succombé à un anasarque symptomatique de cirrhose du foie; 6° Rapprochons de celles du Dr Crévaux, sur deux sujets morts de fièvre jaune; 7° Ajoutons que je l'ai constatée aussi, en France, à l'hôpital de Saint-

Mandrier, sur un jeune conscrit mort de fièvre typhoïde et n'ayant jamais quitté nos pays.

On conviendra, après cette énumération, que l'on ne peut plus soutenir l'opinion que la lésion précitée est pathognomonique de la fièvre à urines noires des Antilles ; on ne peut même pas dire qu'elle soit la relation avec le paludisme, puisque, dans le cas de l'abcès du foie et dans celui de la maladie du cœur, l'impaludation n'existait manifestement pas.

Nous arrêterons là pour le moment cette discussion, car elle n'est, en somme, qu'une digression, et il nous suffit de dire que nous nous croyons autorisé à considérer désormais la fièvre mélanurique comme une maladie différente de la fièvre ictéro-hématurique.

TRAITEMENT.

Le traitement de la fièvre à urines noires de la Martinique ne diffère pas, à mon avis, de celui que j'ai préconisé pour l'affection similaire du Sénégal. Aussi je crois que le mieux est de renvoyer le lecteur à mon *Étude sur la Fièvre mélanurique du Sénégal*. Et, comme il est à craindre qu'il ne l'ait pas entre les mains, je vais au moins lui en donner le résumé en copiant celui que j'ai fait de ce traitement dans les dernières pages du livre précité.

« Enfin, nous sommes arrivé au chapitre important entre tous au point de vue pratique, chapitre dans lequel nous avions à indiquer la thérapeutique qui nous paraît la plus efficace pour la guérison de la maladie.

Il semble rationnel, *à priori*, d'admettre que la quinine et les évacuants sont les moyens efficaces à mettre en usage contre la fièvre bilieuse mélanurique qui est caractérisée par des accès de fièvre et un état bilieux très accusé.

Les médecins qui ont eu à soigner la maladie ont oscillé soit vers le premier, soit vers le second de ces agents thérapeutiques. J'ai cherché à faire admettre la pensée que la quinine est le médicament par excellence ; qu'elle peut presque être le médicament exclusif dans la période fébrile de l'affection, et que les autres moyens ne sont que des agents très secondaires.

Mais pour espérer que mes idées prévaudraient dans la pratique, il fallait montrer qu'elles s'appuient sur des faits bien observés, et alors j'ai entrepris la discussion méthodique de la médicamentation des diverses phases de la maladie. La marche de cette maladie nous offrant un moyen très commode d'exposition, c'est elle que j'ai pris pour guide de mon exposition.

1re *période : prodromique.* — J'ai dit qu'il y a dans cette période deux indications : 1° la thérapeutique de l'état bilieux; 2° la thérapeutique du paludisme. J'ai montré que le médecin a, contre l'état bilieux qui le frappe dès l'arrivée du malade à l'hôpital, deux séries de moyens à employer : A. les évacuants ; B. les opiacés.

A. Parmi les évacuants, j'ai rappelé que le vomitif est le plus souvent employé, bien que les purgatifs puissent être mis en usage dans nombre de circonstances.

B. Je me suis occupé en détail de l'emploi des opiacés dans le but de faire cesser cet état bilieux, et j'ai montré que l'idée a été mise en avant par Hernandez, de Toulon, au début de ce siècle, qu'elle se trouve en substance dans le remarquable *Traité du quinquina* de M. Briquet.

J'ai dit que je me suis livré à une longue expérimentation de cet emploi des opiacés contre l'état bilieux, et qu'après plus de trois cents observations je suis arrivé à avoir la conviction bien arrêtée que l'on peut le plus souvent triompher par l'emploi de ces opiacés de l'état bilieux du début de la fièvre mélanurique. J'ai conclu que, si ce que j'ai appris dans les livres me porte à préconiser les évacuants, ce que j'ai observé sur un très grand nombre de cas me porte à l'emploi des opiacés.

Pour ce qui est de la thérapeutique du paludisme, c'est à la quinine qu'il faut s'adresser ; mais il y avait deux questions importantes à déterminer, c'est-à-dire qu'il fallait savoir : A. quand on doit employer la quinine ; B. comment on doit l'employer ; C. à quelle dose on doit la donner.

A. *Quand faut-il donner la quinine?* — C'est le plus tôt possible, c'est-à-dire dès qu'un peu de calme stomacal, produit par la sédation qui suit le vomitif ou l'emploi des opiacés, se manifeste.

B. *Comment donner la quinine?* J'ai montré que la solution, la poudre, peuvent être essayées par la bouche ; que les lavements sont utiles quand la voie buccale est impossible. Je me suis étendu avec un soin très minutieux sur les précautions à prendre pour assurer l'absorption du fébrifuge. J'ai proscrit incidemment, et en en donnant les raisons, les pilules, frictions et pommades de quinine.

C. *A quelle dose donner la quinine?* — Cette troisième question est liée à la précédente et peut être considérée comme son complément, car c'est en s'occupant avec soin des moyens de faire absorber le médicament qu'on peut déterminer d'une manière précise les doses auxquelles on doit arriver, et celles qu'il ne faut pas dépasser, soit en plus, soit en moins.

Deux grammes à deux grammes cinquante par jour dans les cas

légers; trois grammes cinquante dans les cas plus graves; et je puis dire d'un mot à ce sujet : l'indication est d'avoir la main lourde et de veiller avec une grande attention à la réelle absorption des doses prescrites pendant la période fébrile.

2e *période* : *fébrile*. — Dans cette période nous avons dit que la quinine est encore le moyen héroïque et unique pour ainsi dire, qu'il faut mettre en œuvre avec grande insistance. Nous avons fourni diverses fois des observations pour montrer combien on peut espérer la guérison en y recourant sans hésitation ; combien il est à craindre qu'on ne soit vaincu par la maladie si on lutte avec trop peu d'acharnement, qu'on me passe le mot, avec cette quinine. Mais pour ne pas oublier les moyens classiques préconisés jusqu'ici, nous avons dit qu'après l'indication de la quinine vient l'indication de l'évacuation de la bile.

Nous sommes arrivé ainsi à nous occuper d'un médicament, le calomel, qui a joui d'une certaine vogue dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Nous nous sommes longuement étendu sur l'emploi de ce calomel. Nous avons passé en revue, avec tous les détails possibles, les diverses manières dont il a été employé, arrivant après cette compendieuse discussion à trouver que le proto-chlorure de mercure constitue un médicament inefficace et dangereux, non seulement dans la fièvre bilieuse mélanurique, mais encore dans toutes les maladies des pays intertropicaux.

Je ne puis redire ici ce que j'ai dit précédemment avec un soin et un détail très minutieux, mais j'appelle de toutes mes forces l'attention des praticiens sur cette question. Si mes idées étaient adoptées, le calomel serait proscrit d'une manière absolue du traitement ordinaire de toutes les maladies. tropicales.

Moyens à employer contre les phénomènes secondaires de la période fébrile. — Après avoir parlé de l'utilité des opiacés et de la quinine, après avoir fait le procès du calomel que je voudrais voir disparaître de la pharmacopée des pays chauds, j'ai dû compléter mon étude du traitement de la période fébrile de la fièvre mélanurique par l'énumération des moyens que le médecin peut essayer contre l'épigastralgie, l'hépatalgie, les douleurs lombaires ou rénales, les vomissements.

A. *Épigastralgie.* — *Hépatalgie.* — *Douleurs lombaires, rénales* ou *hypogastriques.* — Cataplasmes émollients, sinapismes, embrocations huileuses, vésicatoire posé sur l'épigastre ou l'hypochondre. — Ne pas l'appliquer sur les reins où il atteindrait cependant assez bien les douleurs à cause du décubitus habituel. En alternant les

sinapismes et les cataplasmes laudanisés, on peut parfois obtenir de bons effets.

Vomissements. — J'ai dit combien le succès des moyens employés contre les vomissements est aléatoire. Il ne faut pas oublier que les fébrifuges qui atteignent l'état fébrile, l'accès à proprement parler qui est la cause des vomissements sont en somme le meilleur moyen thérapeutique.

Comme les vomissements constituent, non seulement un état extrêmement pénible, mais encore s'opposent d'une manière quelquefois absolue à l'absorption des médicaments dans ce moment et plus tard des aliments ; comme toute temporisation dans l'emploi de ces médicaments constitue un grand danger dans la période fébrile, de même que la diète dans la période adynamique expose à une débilitation extrême, j'ai dû me préoccuper des moyens de tourner la difficulté et j'ai étudié en détail le moyen de faire absorber soit les médicaments, soit les aliments par la voie rectale, donnant les indications attentionnées pour que cette administration soit faite avec la sûreté et la précision qui sont nécessaires pour espérer le succès.

Troisième période; adynamique. — J'ai dit que dans l'atteinte légère la convalescence succède presque sans transition à la fièvre, de sorte que c'est uniquement des précautions hygiéniques et la continuation de quelques doses de quinine qui sont indiquées alors. Mais trop souvent l'atteinte est plus sérieuse, et, dans ce cas, n'oublions pas que le traitement de la période actuelle est très délicat, en ce sens qu'une hésitation, un oubli, une temporisation peuvent retarder ou compromettre, même, la guérison.

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit tantôt touchant les douleurs lombaires, hypogastriques, épigastriques et les vomissements. Nous avons dû cependant, dans le cours du chapitre du traitement, nous en occuper encore afin de donner toutes les indications supplémentaires nécessaires. Cette insistance que nous avons mise à parler de ces soins secondaires doit, *à priori*, montrer quelle importance nous leur accordons dans notre esprit. En effet, qu'on me permette de dire encore ici que le médecin, qui a eu au Sénégal les meilleurs résultats, dans la maladie qui nous occupe est celui aussi qui soignait ces accidents secondaires avec l'attention la plus précise et la plus empressée.

On verra aussi dans mon travail précité une observation où j'ai pu, grâce à des soins minutieux, dirai-je, presque mener à guérison un malheureux (Buisson, *obs.* 44), qui semblait irrévocablement condamné à succomber.

On me permettra de ne pas entrer non plus dans de plus longs

détails ici touchant la thérapeutique du hoquet, de l'état de prostration, des coliques, de la constipation, de l'embarras gastrique, etc.; il serait inutile de chercher à résumer ce que j'ai dit déjà et qui est d'ailleurs très condensé dans le chapitre du traitement de mon travail *in extenso* sur la fièvre mélanurique.

Je ne fais donc que rappeler d'un mot que je me suis élevé, en parlant de la convalescence, contre l'abus que l'on fait du vin de quinquina dans les pays chauds paludéens. Il serait bien à désirer que ce médicament qui est un peu, qu'on me passe le mot, une prime à l'alcoolisme, ne fût employé qu'avec un plus heureux discernement et une excessive parcimonie relativement à ce qui se fait actuellement.

J'ai parlé assez brièvement aussi des moyens de tonification : extrait de quinquina, tannin, strychnine, arsenic, fer, que l'on peut employer dans le cours de la convalescence. Je n'ai pas à y revenir ici, et qu'on me permette de finir ce qui a trait au traitement de la maladie, en disant que l'individu qui a été atteint de fièvre bilieuse mélanurique doit être soustrait le plus tôt possible à l'influence pernicieuse des pays tropicaux et renvoyé en France, où, sous la double influence de l'air du pays et des soins de la famille, il récupérera une santé qui serait très sérieusement compromise désormais dans les régions torrides.

Théorisation de la maladie. — Dans plusieurs chapitres de cette longue étude précitée, j'ai dû dire un mot de la nature de la maladie, et, malgré mon désir de rester sobre de théorisations, j'ai été obligé de formuler ma manière de comprendre le mécanisme de la fièvre bilieuse mélanurique : Affection de nature paludéenne atteignant les individus anémiés dont les fonctions hépatiques sont en mauvais état, et de préférence ceux qui, en outre, s'adonnent à l'alcoolisme. Voilà d'un mot déjà une bonne partie de ma pensée sur la maladie qui nous occupe :

« Accès paludéen semi-pernicieux ou même pernicieux à hypercrinie biliaire : accès pernicieux polycholique, qu'on me passe le mot, tel est le complément de ma pensée sur la fièvre bilieuse mélanurique, et, comme on a pu le voir à maintes reprises, c'est cette manière d'envisager la question qui m'a poussé pour ma thérapeutique au lit du malade en Sénégambie, qui m'a inspiré ce travail. » Voilà ce que j'écrivais dans mon *Étude sur la fièvre mélanurique du Sénégal*, je n'ai eu qu'à se rapporter textuellement n'ayant rien à y changer aujourdhui.

Accès pernicieux.

Il est plus difficile peut-être d'étudier les accès pernicieux en s'occupant des maladies de la Martinique qu'en parlant des affections d'un autre pays, car on est exposé, si on n'y fait pas une très grande attention, à pécher par excès ou par défaut. Dans la colonie qui nous occupe, on entend à chaque instant prononcer ce nom d'accès pernicieux, de sorte que, lorsqu'on y arrive pour la première fois, on est porté à croire que réellement le paludisme y est aussi fréquent que grave; opinion que la lecture du livre de Dutrouleau tend à corroborer. Dans les premiers temps quelques faits que l'on voit se dérouler sous les yeux, un plus grand nombre qui viennent à votre connaissance par ouï-dire, vous poussent davantage dans cette voie, puis, après une observation plus ou moins prolongée, une période d'hésitation survient, on ne croit plus aussi fermement à ces prétendus accès pernicieux, et enfin on arrive à avoir une opinion bien différente de celle des premiers moments. J'aurai, j'espère, l'heureuse chance de démontrer que cette dernière manière de voir est d'accord avec la réalité, et j'estime que j'aurai rendu ainsi un service réel à la pathologie antillienne; car je pense, d'après ce que 'ai vu à Saint-Pierre et à Fort-de-France, que, dans plus d'un cas, hélas! cette croyance, dans l'extrême fréquence des accès pernicieux, a tué plus de malades par excès de quinine qu'il n'en serait mort, par défaut de l'administration du fébrifuge, de sujets réellement impaludés.

A chaque instant on entend, vulgaire et médecins à la Martinique, parler d'un accès pernicieux qui a fait courir de grands dangers ou bien a emporté un sujet, et, en présence de ces affirmations, il est intéressant de rechercher, dans la statistique que nous avons fournie précédemment, quels sont les chiffres absolus et relatifs afférents au paludisme. Or, le lecteur a vu que, sur 14,052 entrées à l'hôpital de Fort-de-France en dix années où la fièvre jaune n'a pas été intense, il y a eu 3,307 fébricitants, soit 23,50 p. 100. A Saint-Pierre, sur 5,682 il y en a eu 689, soit 12,10 p. 100 : total 19,734 entrants et 3,996 fébricitants, soit 19,90 p. 100. Or, si nous comparons la Martinique avec le Sénégal, qui est un pays éminemment paludéen, nous le savons, nous voyons qu'à Saint-Louis il y a eu, en vingt ans, 17,271 maladies paludiques pour 42,685 entrants, soit 40,20 p. 100, et à Gorée, pour une même période, 10,163 fiévreux pour 23,806 entrants, soit 42,30 p. 100 : total 27,434 fébricitants pour 66,491 entrants, soit 41,08 p. 100.

Cette première comparaison nous porte à penser que la Marti-

nique est un pays beaucoup moins paludéen que le Sénégal ; qu'on y observe la moitié moins de malades pouvant être attribués à l'infection paludéenne, et remarquons que, comme la statistique de la Martinique porte sur une période où les médecins voyaient volontiers le paludisme chez les malades, il est à croire qu'en réalité la proportion des impaludés entre le Sénégal et la colonie dont nous parlons est encore plus divergente.

Pour se faire une opinion plus précise sur cette question du paludisme martiniquais, il est utile de rechercher le chiffre des accès pernicieux relativement aux entrées pour fièvre paludéenne, et voir aussi quel est le pour-centage de la mortalité des accès pernicieux relativement aux atteintes. Une fois ces chiffres trouvés, il faut les comparer à ceux du Sénégal ; or, ces divers résultats sont indiqués dans le tableau suivant :

TABLEAU des chiffres comparatifs du paludisme à la Martinique et au Sénégal.

	St-Louis	Gorée.	Fort-de-Fr.	St-Pierre	Sénégal.	Martinique
Fébricitants relativement aux entrées totales	40.2	42.3	23.5	12.1	41.0	19.9
Accès pernicieux relativement aux fébricitants . .	1.9	2.2	2.0	1.5	2.0	1.9
Léthalité des accès pernicieux	39.0	50.8	34.8	37.4	42.3	35.2

Tout d'abord, il faut se demander quand on discute, comme nous le faisons, si le diagnostic peut être accepté sans objection. Or, pour ce qui est de la proportion des accès pernicieux relativement aux atteintes de paludisme, nous voyons que l'écart est on ne peut plus minime, puisque nous avons 1,9 p. 100 à la Martinique et 2,0 au Sénégal, et que, d'autre part, pour ce qui est de la léthalité, nous voyons l'écart n'être pas très considérable non plus, 35 à 42 p. 100 ; nous pouvons penser que c'est bien à l'empoisonnement malarien que sont dues les atteintes que nous avons caractérisées « accès pernicieux » dans les deux pays, et nous sommes porté à en déduire que le paludisme étant moins actif, la thérapeutique peut mieux qu'au Sénégal avoir raison des accidents.

Les chiffres de notre statistique peuvent donc servir de base assez sérieuse pour apprécier la question de fréquence des accès pernicieux, et alors on comprend du même coup combien l'exagération de ceux qui disent à chaque instant avoir été en présence d'un accès pernicieux est grande. Je ferai remarquer même, pour accentuer davantage la chose, que dans les hôpitaux militaires on ne re-

çoit que les malades assez sévèrement atteints; on traite à l'infirmerie des corps et des navires deux individus pour un qu'on dirige sur l'établissement nosocomial. Or, en tenant compte de ce détail que le médecin civil est appelé, surtout à la Martinique, pour la moindre indisposition, nous sommes porté à penser que les accès pernicieux ne doivent se présenter que dans la proportion de 0,30 à 0,50 p. 100 des fébricitants, peut-être même dans une proportion moindre; et combien seraient obligés de voir de malades dans l'année pour diagnostiquer sans erreur un ou deux accès pernicieux par mois, quelquefois même par semaine, si nous en croyons les affirmations du vulgaire?

A diverses reprises, je me suis occupé de cette question de la perniciosité dans les maladies dans ce travail et, par conséquent, on me permettra d'être assez bref ici : il me suffira de répéter que trop souvent on appelle accès pernicieux toute atteinte fébrile qui tue, et on attribue ainsi, à la Martinique, au paludisme, des morts qu'il faut rattacher sans hésitation à l'influence amarile.

Oui c'est à la fièvre inflammatoire grave et non à l'impaludation qu'il faut rattacher un très grand nombre des cas appelés dans le pays accès pernicieux, et la question a une grande importance si on se souvient de ce que j'ai dit dans mon *Etude de la fièvre inflammatoire* au sujet de l'action léthale de la quinine sur les atteintes amariles.

Pour donner plus de poids à mon opinion, on me permettra de rapporter textuellement ce que dit Rufz de Lavison dans son travail tant de fois cité, p. 47, au sujet des « fièvres graves ou pernicieuses. » On verra que mon opinion est grandement corroborée par le dire même de mon éminent prédécesseur.

« *Fièvres graves ou pernicieuses.* — On comprend sous cette dénomination les accès fébriles qui viennent aggraver les états morbides les plus variés.

Ces accès peuvent être rapportés à trois formes.

La forme nerveuse ataxique, la forme comateuse et la forme algide.

Lorsqu'il règne des fièvres saburrales, ou bien en temps de fièvre jaune surtout et à la fin des hivernages, il n'est pas rare que quelques cas de la fièvre régnante s'aggravent et tournent en pernicieuses. Par le mot quelques, employé souvent par moi, j'entends trois ou quatre cas. Ces cas n'étant jamais en nombre assez grand pour constituer une épidémie, on ne peut dire, à aucun moment des fièvres pernicieuses comme on a dit du choléra ou des fièvres jaunes, qu'elles ont régné épidémiquement. Lorsqu'on en comptait cinq ou six cas simultanément dans la ville, c'était beaucoup et, comme plus d'un était mortel, il en résultait toujours une

certaine alarme dans le public d'une petite ville. C'est pourquoi j'avais toujours soin de m'enquérir, comme indication, près des confrères avec lesquels je me trouvais, du nombre de fièvres qu'ils avaient à traiter.

Il n'était pas rare non plus tousles ans, à des mois divers, de rencontrer des cas *sporadiques*, mais presque toujours ces cas sporadiques s'expliquaient par quelque circonstance individuelle ; ou bien on s'était exposé à une insolation, ou bien à la suite d'une longue course, le corps étant fatigué, on avait été mouillé et refroidi par la pluie, ou bien on revenait d'un quartier à fièvres.

Ces fièvres s'observaient surtout chez les hommes adultes et chez les enfants de cinq à quinze ans, mais elles n'étaient pas rares chez les femmes et j'en ai vu aussi chez les vieillards. Les nègres passaient pour y être moins sujets que les blancs, mais, dans cette différence statistique, on doit tenir compte de l'attention moindre donnée à leurs maladies.

La forme nerveuse ataxique insidieuse était, sans contredit, la plus fréquente. Après quelques légers accès de fièvre séparés quelquefois par de courtes intermittences et souvent par des rémittences, tout à coup l'état du malade s'aggravait, la fièvre devenait continue et l'ensemble des symptômes présentait un état d'éréthisme *gros* d'accidents. C'est ce qui m'avait porté à ériger en axiome que toutes les fièvres qui duraient depuis trois ou quatre jours devaient être prises en suspicion.

Le pouls devenait plus fréquent, plus serré, la chaleur plus sèche, les rémissions, même celles du matin, peu appréciables. Comme symptômes suspects, j'ai noté dans ces cas un léger délire pendant le sommeil de la nuit ou bien entremêlé à la somnolence du jour, une grande agitation, une certaine expression de stupeur et d'inquiétude, la pâleur de la face et enfin l'apparition brusque et inattendue de quelque vive douleur locale en un point quelconque du corps, ou bien quelques mouvements convulsifs.

La forme comateuse avait souvent un début assez brusque au point de simuler une attaque de congestion cérébrale, elle s'observait chez les individus qui avaient subi une forte insolation et surtout chez les enfants de sept à quinze ans. C'est chez les enfants surtout que j'ai vu le second ou le troisième accès de ces fièvres se déclarer par des convulsions. Je préférais de beaucoup avoir à faire aux cas où l'attention était fixée par ce brusque accident, car je pouvais commencer alors sur cette indication l'emploi du sulfate de quinine. C'est pourquoi cette forme m'a toujours semblé moins grave que l'autre.

Chez les races de couleur, la forme saburrale était la plus fréquente. Quant à la forme algide, si l'on entend que l'algidité succédait régulièrement au frisson, c'était certainement la forme la moins ordinaire aux fièvres contractées à Saint-Pierre. Le frisson dans celle-ci était toujours le symptôme le moins prononcé au début. J'ai cru avoir remarqué qu'il en était autrement dans les fièvres contractées hors de Saint-Pierre et dans les quartiers à fièvre. Ce sont celles-là qui pouvaient être dites véritable-

ment algides. L'algidité s'y manifestait plus promptement et était plus caractéristique des accès.

Dans les fièvres ataxiques ou comateuses de Saint-Pierre, lorsque l'algidité avait lieu, c'était comme phénomène ultime, mais jamais au début.

Ces différentes fièvres se rapprochaient et méritaient le titre de pernicieuses par leur tendance à l'aggravation : elles se ressemblaient et pouvaient être confondues ensemble par les derniers symptômes ; c'était toujours une sorte de raptus vers la tête avec coloration et chaleur de la face; délire déclaré, quelquefois de l'algidité, des mouvements de carphologie et souvent des convulsions. Ce dernier accès était précédé de la rareté ou de la suppression des urines, de météorisme de l'abdomen, souvent de vomituritions ou de vomissements d'une matière aqueuse, bleuâtre, dans dans laquelle flottaient des stries de matière noire assez semblable à la suie, et quelquefois du hoquet. Jamais je n'ai vu les vomissements de la matière noire être aussi abondants que dans les cas de la fièvre jaune. Souvent dans les dernières heures la peau et les conjonctives prenaient une coloration ictérique assez pâle ; constamment après la mort cette coloration était plus prononcée.

J'ai toujours regretté qu'une série d'autopsies bien faites ne m'ait pas permis de chercher dans les lésions anatomiques de ces fièvres des différences ou des ressemblances plus fixes et plus caractéristiques qui permissent de les rapprocher ou de les différencier avec plus de précision ; il faudrait que quelque esprit sagace et patient pût faire un jour pour ces fièvres ce que M. Louis a fait pour *l'affection typhoïde*. Alors seulement on en débrouillera le chaos. Dans quelques autopsies que j'ai pu faire, l'absence des lésions de la rate était remarquable. Cet organe n'offrait même pas des traces d'engorgement momentané. Beaucoup plus souvent, le foie attirait l'attention par l'altération de sa couleur qui tournait au jaune safrané, ou au jaune vert ; mais cette altération était loin d'être aussi prononcée qu'à la suite de la fièvre jaune. Son volume n'était jamais beaucoup augmenté et son tissu aride et plutôt durci que ramolli. Après cela venaient : l'état fluide du sang, la flaccidité et la décoloration du tissu musculaire du cœur, des injections des méninges et de la substance cérébrale, sans rien de particulier ; des injections de la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins, comme il s'en voit à la suite de beaucoup de maladies ; mais jamais il n'y avait aucun dépôt de matière, ni aucune sorte d'ulcération qui rappelât l'affection typhoïde d'Europe, ni non plus d'hémorrhagie. Les reins étaient sains et la vessie contenait peu d'urine.

C'est à cause de la *perniciosité* de ces fièvres qu'il serait à désirer qu'on pût les distinguer à des signes certains, afin de leur opposer à temps le quinquina et surtout le sulfate de quinine, qui en est la préparation la plus sûre. Dans l'état actuel de la thérapeutique, le sulfate de quinine est le seul et vrai remède de ces fièvres. Faute d'indications précises, on l'administre dans tous les cas qui éveillent quelque suspicion ; on n'attend plus aucun moment d'intermittence ou de rémittence ; on entre, dans le traitement au moment où l'on croit devoir se défier de la nature de la ma-

ladie. Lorsqu'elle ne cède pas aux premières doses, on les redouble jusqu'à 8 et 10 grammes et même sans mesure, si on y comprend les quantités employées en lavement ou en frictions. Ce n'est plus la même, c'est la peur qui dirige le traitement. Je n'ai jamais pu me persuader que cette manière de procéder pût être sans inconvénient et qu'elle ne fît point perdre la chance de quelques-unes de ces réactions inespérées dont la nature offre quelquefois des exemples. La saignée est généralement proscrite du traitement des fièvres pernicieuses ; cependant plus d'une fois je n'ai pas eu à regretter de l'avoir pratiquée au début de quelques *comateuses*, surtout chez les individus robustes. Ce n'est pas la maladie, c'est l'individu que l'on saigne. Plus souvent les émissions sanguines par les sangsues étaient employées contre les convulsions chez les enfants, ou contre la vivacité de quelques douleurs intercurrentes.

Les éméto-cathartiques étaient d'usage au début des fièvres saburrales, ou bien encore lorsque l'état saburral succédait à l'emploi du sulfate de quinine et prolongeait la convalescence.

Les frictions, les vésicatoires, les sinapismes n'étaient pas négligés aussitôt que la marche de la maladie devenait inquiétante. Il ne m'a jamais été possible de faire à ces moyens une part d'influence dans la terminaison.

Dans la première enfance, c'est-à-dire de la naissance] à trois ans, la forme comateuse n'était pas rare. La saburrale était peu facile à distinguer; la *perniciosité* était le plus souvent ataxique et se révélait par des vomissements répétés ou par des convulsions soit à la suite d'un phénomène fébrile simple, soit dans le cours de quelqu'une des affections de l'enfance : coqueluche, rougeole, diarrhée ou grippe.

Quelques médecins considèrent les violentes cholérines, si graves à cet âge, comme des fièvres pernicieuses. Mais à quoi peut conduire cette tendance à tout unifier et à faire des fièvres et des diarrhées une même maladie? Notons leurs ressemblances, leurs analogies, mais notons aussi les différences qui ne sont pas moins nombreuses. »

En somme, je vois pour ma part, dans le dire même de mon savant prédécesseur, qu'à la Martinique on appelle le plus souvent du nom d'accès pernicieux des atteintes qui ne méritent pas ce nom et dans lesquelles la malaria ne doit absolument par être incriminée. Car je ne trouve, dans l'énumération des phénomènes faite par M. Rufz de Lavison avec tant de talent, que les symptômes de la fièvre inflammatoire grave à forme insidieuse. Je me suis si longuement étendu sur ce point dans mon *Étude (in extenso) sur la fièvre inflammatoire des Antilles*, que je ne crois pas devoir y revenir. Je renvoie donc le lecteur à ce travail, l'engageant à méditer ce que j'ai dit, et j'ai lieu de croire que je ne me suis pas trompé dans mon diagnostic.

N'y aurait-il donc pas d'accès pernicieux à la Martinique, et tout

ce qu'on a cru pouvoir rattacher à l'infection malarienne doit-il être rapporté à une autre influence? Non, à mon avis, il n'est pas possible de nier cette influence paludéenne dans nombre de cas, mais elle est considérablement moins souvent en cause qu'on ne l'a dit. J'ai donné précédemment des chiffres qui montrent que ce paludisme est rare. J'ajouterai que, pendant l'année 1876, j'ai vu 104 atteintes sur 1,675, soit 6,2 p. 100, pouvoir être rapportées au paludisme, et sur ces 104, il y a eu un décès. Ce dernier point est dans les proportions si ordinaires que je suis porté à penser que je suis dans le vrai, car je crois que cette particularité peut servir de critérium; or, dans ces conditions, on voit que, tout rare qu'il soit, le paludisme ne saurait être mis en doute. Il faudra, à mon avis, qu'on restreigne le nom d'accès pernicieux à un nombre infiniment moins grand que ceux qu'on a acceptés jusqu'ici; mais cependant on aurait grand tort de ne pas tenir compte de l'élément paludéen. C'est pourquoi le médecin doit, à la Martinique comme ailleurs, établir son diagnostic avec soin et précision. Trop souvent, infiniment trop souvent, on appelle accès pernicieux des atteintes de fièvre inflammatoire grave et insidieuse. Trop fréquemment on abuse du sulfate de quinine de la manière la plus fâcheuse pour les malades, je ne saurais trop le répéter, mais néanmoins n'oublions pas ce que j'ai dit tant de fois déjà : c'est que si la quinine est funeste dans les atteintes amariles, elle est souveraine dans celles qui reconnaissent pour cause l'influence paludique.

Je pourrais écrire longuement sur ce sujet, mais, je le répète, j'ai dit suffisamment ma pensée dans mon *Étude sur la fièvre inflammatoire;* j'ai fait ressortir assez, je crois, que c'est le point le plus difficile de la pyrétologie martiniquaise pour pouvoir ne pas insister encore, et penser cependant que mes successeurs auront bien l'esprit tendu vers ceci.

Les accès pernicieux proprement dits c'est-à-dire ceux qui dépendent réellement de l'influence malarienne, ne me paraissent pas présenter à la Martinique une différence quelconque d'avec ceux des autres pays paludéens du Sénégal, par exemple. Cette affirmation me porte à ne pas entreprendre l'étude descriptive de ces accès pernicieux, de peur de donner à mon travail une étendue injustifiée, et je renvoie le lecteur à mon *Étude sur les maladies du Sénégal* pour les détails de diverses formes. Je m'arrêterai donc en répétant cependant que, dans ces accès pernicieux, le médecin a deux indications à remplir en même temps et le plus vite possible : A. la médication des symptômes; B. l'emploi de la quinine. On n'a peut-être pas encore suffisamment admis l'énorme importance qu'il y a

à combattre, par les moyens appropriés, les symptômes capitaux d'un accès pernicieux, aussi dois-je appeler l'attention de mes jeunes camarades sur ce point, qui a son extrême intérêt; quant à la quinine, il faut avoir la main lourde et résolue. Mais entendons-nous bien, il faut ne pas dépasser la dose de 4 grammes de sulfate de quinine chez un adulte, en ayant soin de ne jamais employer les frictions quininées, que je trouve irrationnelles parceque je suis convaincu de leur absence d'absorption. En n'employant les lavements que de manière à faire réellement prendre et garderau sujet la quantité de médicament prescrite, j'ai trouvé au Sénégal que la dose de 4 grammes pour un adulte fort et vigoureux était, sauf circonstances tout à fait exceptionnelles, un chiffre qu'il est inopportun de dépasser.

CHAPITRE XI

Maladies tropicales.

Sous ce nom j'ai compris, dans ma statistique, une série d'affections qui, par leur fréquence dans les pays de la zone tropicale, méritent une mention spéciale, et je vais successivement m'occuper A. de la gastralgie et de la dyspepsie; B. des coliques; C. des diverses névralgies; D. du tétanos; E. de l'anémie. Car, si ces affections ne présentent pas à la Martinique une fréquence, une gravité, des allures différentes à ce qu'on observe dans les autres contrées tropicales, elles ne méritent pas moins de nous arrêter un instant, n'étant pas connues, en général, d'une manière aussi précise que les maladies de la zone tempérée par les jeunes médecins qui viennent pratiquer à la Martinique au début de leur carrière.

Gastralgie. — Dyspepsie.

Pour la première fois, le résultat de mon observation n'a pas concordé dans le principe avec l'opinion de M. Rufz de Lavison, qui dit dans son remarquable travail sur les *Maladies de Saint-Pierre-Martinique :* « Les dyspepsies et les gastralgies ne m'ont offert rien de remarquable ni sous le rapport de leur fréquence, ni sous le rapport de leur intensité. Les nègres, malgré la pauvreté et le peu de variété de leur alimentation, qui consiste à tous les repas en morue salée et farine de manioc, s'en plaignent rarement. Les gens riches mangent à Saint-Pierre par oisiveté autant que partout ailleurs. C'est là que l'on peut dire que l'appétit vient en mangeant. La dyspepsie n'y est qu'à l'état d'incommodité plus ou moins supportable. »

Si j'en crois, au contraire, mon impression, la dyspepsie serait très fréquente à la Martinique, tant chez les créoles que chez les Européens, et le nombre de fois où je l'ai diagnostiquée au milieu

de mille troubles indiqués, des symptômes les plus variés qui étaient accusés par les malades, est vraiment considérable. Dira-t-on que c'est parce que j'avais l'esprit plus spécialement tourné vers cet objectif; que c'est parce que, possédant moi-même un estomac délicat, j'étais porté davantage à voir celui des autres malade? C'est possible, mais je puis répondre à cette objection que les individus qui me consultaient, et chez lesquels je diagnostiquais une dyspepsie ou une gastralgie avec leurs mille phénomènes protéiformes, se trouvaient très bien et très sûrement soulagés par la médication que je leur faisais suivre. Or, en somme, comme le premier *desideratum* dans les questions de nosologie est la guérison ou au moins l'amélioration du malade, quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la fréquence ou la rareté de la maladie, il y a néanmoins ce fait constant, c'est qu'en soignant les fonctions digestives des individus qui venaient me consulter pour des troubles divers et, pour ainsi dire chroniques, je les voyais bientôt débarrassés en tout ou en partie de leurs incommodités.

On comprend, d'après tout ce que j'ai dit de flatteur touchant la grande valeur scientifique de M. Rufz, que je dus être tout d'abord très étonné de me trouver si complètement en opposition avec son dire au sujet de la dyspepsie, et, par conséquent, mon esprit a été plus particulièrement tendu de ce côté. Or, je ne tardai pas à reconnaître que Rufz avait constaté, sans s'en rendre compte, la grande fréquence de la dyspepsie à la Martinique, et je renvoie le lecteur au paragraphe *vertiges*, *étourdissements*, que j'ai cru devoir conserver et que je développerai immédiatement après celui qui touche la dyspepsie, pour lui faire toucher du doigt que mon opinion touchant la fréquence des troubles stomacaux s'appuie sur l'observation de mon savant prédécesseur, qui a bien certainement constaté les atteintes, et qui seulement les a rapportées à d'autres causes.

Si j'en crois mon impression aussi, les Européens qui séjournent depuis un certain temps dans les colonies sont, à la Martinique comme ailleurs, dyspeptiques dans la grande majorité des cas; bien plus, j'ai rencontré assez souvent chez les militaires et les marins qui cependant, en raison de leur âge et de leur origine, ne devraient pas fournir un fort appoint à la maladie, j'ai rencontré, dis-je, un assez grand nombre de dyspeptiques, surtout après qu'ils avaient été touchés par une des maladies habituelles du pays : fièvre inflammatoire, dysentérie, pour que mon opinion sur la fréquence des troubles dyspeptiques à la Martinique soit corroborée.

Les chiffres de la statistique ne nous seront pas ici d'un grand

secours, et la chose se comprend assez bien ; en effet, d'abord nous voyons qu'à Fort-de-France la dyspepsie est entrée pour le 1,8 des admissions ; à Saint-Pierre, pour le 2,4 dans une période de dix années, soit 2,1 en moyenne, et cela tient à ce que l'on n'a guère porté ce diagnostic que lorsque les phénomènes dyspeptiques étaient très accusés, d'une part, et qu'aucune autre maladie endémique ne pouvait être invoquée par ailleurs, de sorte que nous ne pouvons pas nous baser sur ces chiffres pour nous faire une opinion arrêtée.

Par ailleurs, n'oublions pas de rappeler que la gastralgie et la dyspepsie sont des symptômes fréquemment observés chez les individus anémiques, de sorte qu'il faut, pour approcher de la vérité, compter à l'actif de cette dyspepsie les chiffres indiqués pour l'anémie, et mieux encore tout ce qui compte dans les divers totaux des maladies de notre quatrième catégorie ; je crois qu'avec une pareille manière de procéder, l'erreur est moindre et, par conséquent, je m'y rallie.

TABLEAU de la fréquence proportionnelle de la gastralgie et dyspepsie, ainsi que des affections dites tropicales (anémies) *dans les hôpitaux de la Martinique* (le chiffre normal du mois étant de 100) :

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai.	Juin.	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Gastr., dysp. F.-de-F.	68	51	95	129	122	47	55	123	39	92	86	98
— S.-Pierre.	88	51	117	102	102	30	66	87	36	102	102	117
Total......	72	51	101	121	115	42	59	100	38	95	98	104
Affect. trop. F.-de-F.	128	95	90	90	147	61	71	88	108	120	118	86
— S.-Pierre.	132	91	97	117	114	126	65	73	79	109	114	83
Total.....	130	93	91	96	141	73	69	83	104	119	118	83

PROPORTIONS relativement aux entrées en général :

Dyspepsie. —	Fort-de-France..........	1.8
—	Saint-Pierre............	2.4
	Total.......	2.1
Affections tropicales. —	Fort-de-France.....	7.2
— —	— Saint-Pierre......	11.9
	Totaux......	9.5

Dans ce tableau, il y a une cause d'erreur : c'est la proportion du mois de mai ; en effet, comme c'est le moment de l'année où l'on envoie le plus de gens en convalescence en Europe, et que c'est sous la rubrique anémie ou gastralgie que sont indiquées leurs indispo-

sitions, on comprend que le chiffre est augmenté fictivement ; pour être dans le vrai, il faudrait admettre que pour ce mois de mai il y a la moyenne entre les mois d'avril et de juin, soit 84. D'ailleurs, pour ne pas chercher une précision qu'il est impossible d'obtenir, ne considérons que les chiffres trimestriels ; or, nous avons alors les indications suivantes :

1er trimestre,	hiver.	— Chiffres bruts	306	— Chiffres nets	328
2e —	printemps. —	—	328	—	—	271
3e —	été. —	—	225	—	—	236
4e —	automne. —	—	341	—	—	365
			1200			1200

J'entends par chiffres bruts l'addition pure et simple des totaux du tableau précédent, et par chiffres nets l'addition des divers totaux en comptant celui de mai pour 84 et en forçant les autres en conséquence pour obtenir le chiffre 1,200 (4 fois 300). Or, d'une part comme de l'autre, nous voyons que le trimestre d'automne est le plus chargé ; c'est, en effet, la période de la fin de l'hivernage, époque toujours fatigante pour tous. Dans le trimestre d'hiver, il y a une légère amélioration due à l'influence de la fraîcheur et, d'une année à l'autre, cette amélioration est en rapport direct avec la venue hâtive ou tardive des brises fraîches. Au printemps, l'influence réparatrice de la température relativement basse se fait sentir. Et enfin, l'été bénéficie de ce qu'il suit les meilleures époques de l'année et, bien qu'il ait le chiffre le moins élevé, prépare l'ascension de la saison suivante.

Si nous nous occupons maintenant de la gastralgie et de la dyspepsie au point de vue nosographique, nous dirons qu'à la Martinique comme ailleurs la maladie se range très bien dans la définition qu'en a donnée Gubler dans son cours de 1875. « Sous le nom de dyspepsie, il faut entendre toute difficulté de digérer, quelle qu'en soit la cause, le trouble de la digestion ayant d'ailleurs une assez longue durée et ne dépendant pas d'une maladie de l'estomac caractérisée nosologiquement. Par conséquent, les dyspepsies ne sont pas un *tout indivisible*, ni même une *entité*, ni surtout des maladies particulières ; ce sont des collections de phénomènes morbides de provenances très diverses, phénomènes fonctionnels pour la plupart composés d'éléments dont les uns primitifs dérivent de l'estomac : douleur, spasme, atonie musculaire, acrinie des glandes à pepsine, catarrhe, saburres, hyperhémie, phlogose. Les éléments secondaires ont pour point de départ le trouble de la fonction stomacale : altération des aliments (ascecence, putridité), flatulence,

renvois aigres ou indoreux (gaz, mucus), vomissements de matières alimentaires plus ou moins modifiées, pyrosis.

Les phénomènes généraux évoqués par la dyspepsie sont des phénomènes réflexes ou sympathiques, vertiges, toux, etc., etc., de l'amaigrissement, de l'anémie, des névroses, des troubles trophiques, la cachexie. »

D'après ces idées, on peut ranger les dyspepsies sous quatre chefs :

1° Dyspepsie douloureuse et spasmodique ;
2° Dyspepsie atonique ;
3° Dyspepsie catarrhale et saburrale ;
4° Dyspepsie inflammatoire.

Pour notre part, nous suivons d'autant plus volontiers la classification du savant professeur de thérapeutique de la faculté de Paris, que, réflexion faite, nous avons toujours pu faire entrer les phénomènes morbides que nous avons constatés cliniquement dans une de ces quatre catégories.

Je ne puis entrer ici dans l'étude approfondie de la dyspepsie ; d'une part, il me faudrait donner à la maladie une place que le cadre de mon étude ne comporte pas et, d'autre part, je ne pourrais que répéter ce qui a été écrit si bien, si complètement déjà par maints auteurs de tous les temps et de tous les pays. Renvoyons donc le lecteur aux travaux de Chomel, Nonat, Beau, Trousseau, Durand-Fardel, Guipon, Sée, Gubler, Raymond, etc., etc. Je ne dirai ici que quelques mots du traitement, prévenant encore les intéressés que la lecture des travaux précités en est l'indispensable complément.

La division des dyspepsies en quatre catégories que nous avons présentées tantôt indique déjà, *à priori*, que le traitement ne saurait être unique dans tous les cas. Bien plus, si nous songeons, d'une part, aux causes si nombreuses qui peuvent être invoquées pour la genèse de la dyspepsie ; d'autre part, aux symptômes si variés qui peuvent à un moment donné prendre une importance plus ou moins grande, si considérable parfois que tout le restant de la maladie semble s'effacer devant telle manifestation morbide, qui paraissait de prime-abord très éloignée, très distincte, très étrangère même à la dyspepsie ; nous voyons que, dans maintes circonstances, le traitement doit varier dans de grandes limites. Néanmoins, ce traitement peut se réduire à une série de moyens synergiques et rentrant, malgré une grande variété apparente, dans des catégories assez restreintes.

Et d'abord, le médecin qui entreprend de traiter une dyspepsie doit faire appel au souvenir de ce que lui a dit le malade au sujet de l'étiologie de l'affection pour trouver une source féconde d'inspirations thérapeutiques ; en effet, il n'est pas rare qu'en attaquant l'étiologie on guérisse sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir aucune autre médication active ; dans tous les cas en soignant la cause on ne peut qu'aider grandement la médication, quelle qu'elle soit. Donnons un exemple entre mille pour le montrer : un individu a l'habitude de manger vite et beaucoup à l'heure de midi, étant resté à jeun jusque-là, ayant fatigué pendant toute la matinée et faisant la sieste de suite après le repas. Eh bien, il arrivera souvent qu'en changeant cette habitude, en lui faisant manger la même somme et la même espèce d'aliments en trois repas, un au lever, un à neuf heures et l'autre à midi, en lui faisant faire un exercice plus modéré le matin et en remplaçant la sieste par une promenade, on fera disparaître la dyspepsie sans avoir besoin de donner aucun médicament. Donc, je ne saurais trop insister sur ce point capital de la question. La première question que doit se poser le médecin quand il a diagnostiqué la dyspepsie, c'est de savoir quelle est sa cause, car ici plus que jamais et plus que partout, on peut dire *sublata causa tollitur effectus.*

Après cela, c'est la médecine des symptômes qui donne les meilleurs résultats et, remarquons-le, cette médecine des symptômes se rapproche tellement de la médecine des causes qu'elles se confondent presque. Les préparations opiacées, les alcalins, sont de nature à faire disparaître l'élément douleur dans nombre de cas ; l'arsenic m'a paru pouvoir se substituer avec le plus grand avantage aux toniques, aux amers et à la plupart des médicaments peptiques qui ont été proposés ; c'est au point que, dans bien des cas, c'est à lui seul que j'ai cru devoir rapporter le bénéfice de la majeure partie de la cure ; ayons bien soin de dire cependant que, par-dessus tout, j'avais étudié la question de l'étiologie, et j'avais eu soin de formuler une série de mesures qui visaient entièrement cette étiologie.

Je n'ai pas à entrer dans plus de détails, et je crois d'ailleurs que le but qu'il me faut atteindre ici c'est de bien pénétrer le lecteur de l'importance qu'il y a à bien étudier la cause de la production de la dyspepsie. Cette cause étant connue, elle est en général à demi combattue, et les opiacés à petite dose, les alcalins, la liqueur arsénicale de Boudin, administrés avec mesure et à propos, peuvent faire de véritables merveilles dans les mains de celui qui sait s'en servir comme il faut.

Vertiges. — Étourdissements.

Ainsi que je l'ai dit précédemment, je dois m'occuper ici, parce que c'est tout à fait la place opportune, de certains accidents dont a parlé M. Rufz dans son remarquable travail sur les *Maladies de la Martinique*, et, comme je l'ai déjà avancé tantôt, c'est là-dessus que je me baserai pour formuler l'opinion que, malgré une divergence apparente, nos idées sont absolument les mêmes; mon observation peut, par conséquent, s'appuyer à bon droit sur la pratique de mon éminent prédécesseur.

Dès le moment qu'il s'agit d'une divergence d'opinion entre la grande autorité de M. Rufz et ma modeste observation, je dois apporter la plus grande attention dans mes assertions, et je crois devoir tout d'abord rapporter les termes mêmes de son étude pour bien fixer les idées du lecteur sur la question dont nous nous occupons actuellement.

« *Étourdissements.* — Mais il est un trouble du système nerveux pour lequel j'étais souvent consulté. Ce sont des *vertiges* ou *étourdissements*. On peut voir dans les tableaux mensuels que ce trouble est noté comme une maladie saisonnière. Les personnes qui en étaient atteintes se plaignaient d'un tournoiement de tête qui les obligeait à chercher l'appui des corps voisins pour ne pas se laisser choir; il y avait en même temps trouble de la vue sans jamais cependant perdre la notion des objets; quelquefois des bourdonnements de l'ouïe, un sentiment de chaleur à la tête, point de céphalalgie et quelquefois des nausées. Ces impressions, presque toujours d'une invasion subite, ne duraient pas plus d'une ou deux minutes, et laissaient après elles le sentiment d'une sorte de vide dans la faculté de penser et de fatigue dans les forces musculaires. Mais, comme les tremblements de terre auxquels je les comparais à raison de leur courte durée et de la terreur qu'ils inspirent, ces étourdissements étaient très redoutés parce qu'on les considère comme les prodromes de l'apoplexie.

« Je dois dire que je n'ai vu cette crainte se réaliser que bien rarement chez la plupart de ceux qui les présentèrent; l'apoplexie ne succéda pas à ces étourdissements et, dans le cas où elle eut lieu, elle n'en fut pas toujours précédée.

« Ces étourdissements se répétaient surtout aux époques des grandes chaleurs, août et septembre, ou bien dans d'autres mois, quand le thermomètre s'élevait à un degré inaccoutumé. Je n'ai pas noté qu'ils fussent plus fréquents chez les nègres qui travaillent tête nue en plein soleil. Quelques personnes les éprouvaient pendant une longue série d'années, d'autres en furent débarrassées après les avoir éprouvés pendant quelque temps seulement. De ce nombre fut mon excellent ami le Dr Faseuille, il y a de cela plus de vingt-cinq ans; que de fois il s'arrêtait pour s'appuyer

sur mon bras et me témoigner les inquiétudes que lui inspiraient ses étourdissements (1).

« Malgré une constitution nerveuse et surtout presque exsangue, il se faisait fréquemment saigner; il finit par y renoncer. Comme je le sais à présent (1869) bien portant, j'espère qu'il n'a plus les mêmes préoccupations.

« Ces vertiges s'observaient chez les individus, hommes et femmes, dans les quatre catégories suivantes :

« Chez les individus dans l'âge de l'apoplexie et ayant une constitution pléthorique, considérée comme une prédisposition à cet accident.

« Chez d'autres plus jeunes, mais robustes aussi, faisant surtout usage des spiritueux ou dyspeptiques.

« Chez des sujets pâles, nerveux, anémiques.

« Chez les femmes dans le cours d'une grossesse.

« Dans une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en l'année 1861, M. Trousseau voulut voir, dans la plupart des étourdissements, de petites crises épileptiques (*Bull. de méd.*, 1861, t. XXVI). Cette opinion fut combattue par la plupart des médecins qui n'admettent pas que ce qui était l'exception le plus souvent pût être considéré comme la règle.

« La saignée n'était pas le moyen le plus efficace à opposer à ces étourdissements. Souvent ils redoublaient après, mais ils cédaient plus facilement après un vomitif ou après l'usage des antispasmodiques. »

Le lecteur a déjà porté son diagnostic, j'en suis certain, en lisant la citation ci-dessus : c'est le vertige de l'estomac en présence duquel M. Rufz s'est si souvent trouvé, et c'est lui que j'ai rencontré aussi un grand nombre de fois pour ma part. Comme je l'ai dit déjà, la dyspepsie est d'une fréquence extrême à la Martinique; je puis dire que, huit jours sur dix, des créoles malades qui me consultaient en dehors d'une atteinte fébrile ou d'une dysentérie, présentaient ces phénomènes à un degré marqué, et j'ajouterai que, par le traitement applicable à la dyspepsie, je voyais disparaître ces étourdissements à l'immense joie des intéressés.

Coliques.

Nous avons à parler maintenant d'une maladie, ou plutôt d'un symptôme, qui a donné lieu à d'ardentes controverses et dont l'étiologie est encore en discussion aujourd'hui même, malgré les nombreux travaux faits dans le but de fixer les idées d'une manière définitive. Je m'en suis occupé avec quelque soin en parlant des maladies du Sénégal, et j'ai eu la bonne fortune d'amener plusieurs

(1) J'ai vu le vénérable docteur Faseuille, en 1877, parfaitement bien portant de corps, ayant conservé la lucidité d'esprit, la mémoire et toutes les brillantes qualités qu'il avait possédées dans sa jeunesse. (*Note de l'auteur.*)

camarades à penser comme moi sur ce point de pathologie exotique ; je vais en parler encore à propos des maladies de la Martinique, espérant en convaincre quelques autres, car je crois qu'il est possible aujourd'hui de voir assez exactement la réalité touchant l'étiologie de la colique dite des pays chauds.

Les premiers Européens qui firent le voyage des colonies virent, entre autres maladies plus ou moins graves, sévissant sur eux, des atteintes de coliques assez spéciales pour étonner les médecins par leur intensité, et dès le XVIIe siècle, peut-être avant, si on cherchait bien, nous en trouvons l'indication dans les écrits des voyageurs. Seulement, dès ces temps reculés, on sent poindre déjà les éléments de la discussion qui devait atteindre son apogée dans ces dernières années, et, en effet, les uns virent dans la maladie une identité parfaite de symptômes avec ce qu'on avait appelé la colique de Madrid, du Poitou, du Devonshire, de Normandie, et la considérèrent comme de même nature tout en lui donnant le nom de colique bilieuse des pays chauds ; d'autres, au contraire, établirent une distinction entre cette colique des pays chauds et la colique des peintres, des plombiers, etc., etc. Malgré le laconisme de quelques descriptions de la maladie faites dans le courant du XVIIIe siècle, malgré l'obscurité de plus d'un passage et les idées préconçues touchant l'étiologie de la maladie, on peut admettre, il est vrai, de nos jours que les auteurs ont eu affaire le plus souvent à un empoisonnement saturnin; mais cependant je crois qu'on courrait le risque de se tromper si on voulait rattacher toujours et sans exception à l'intoxication plombique toutes les observations rapportées par les médecins voyageurs des temps antérieurs.

En 1837, Segond, médecin en chef de la Guyane, publia une monographie sur la colique des pays chauds, qu'il rattacha à une névralgie du grand sympathique, en faisant ainsi une maladie entièrement distincte de la colique de plomb. Son mémoire peut se résumer en ces quelques mots : une influence spéciale des climats chauds, produisant une sensibilité et une susceptibilité extrêmes de quelques-uns de nos organes et de quelques-unes de nos fonctions, engendre la colique dont nous nous occupons ici.

Donc, pour Segond, ces coliques, qu'on voit plus ou moins souvent sur les Européens dans les pays chauds, sont une seule et même maladie due non pas à l'absorption des particules plombiques, mais bien et seulement à une influence climatérique. Le livre de Segond, étant le premier travail de quelque importance fait spécialement sur ces coliques, aurait dû constituer une heureuse acquisition pour la pathologie exotique; il n'en fut malheureusement

rien, car en englobant tous les cas dans une seule et même catégorie, il entraînait l'opinion dans une voie exclusive qui allait produire plus d'un mécompte. La controverse devait plus tard se servir de la même arme pour rejeter les idées dans le sens d'une opinion contraire ; de sorte que la question avait subi une violente oscillation, peut-on dire, sans avancer d'une ligne. Je pourrais ajouter par anticipation qu'à mon avis les oscillations contraires ne l'ont pas fait progresser davantage jusqu'à présent.

Un médecin de la marine qui a laissé à la Guadeloupe une grande réputation de savoir : Cornuel ne partagea pas les idées de Segond, et disait volontiers à ceux qui suivaient ses visites que la prétendue névralgie du grand sympathique n'était que le résultat de l'empoisonnement saturnin, mais son opinion n'eut pas grand retentissement ; elle passa même inaperçue en dehors du petit cercle des médecins qui servirent sous ses ordres.

Le Dr Raoul, qu'une mort prématurée enleva trop tôt à la médecine navale et qui était le contemporain de Segond, adopta d'abord ses idées au sujet de la nature des coliques qu'on voit dans les pays chauds, mais plus tard, à la suite d'un voyage dans les mers du Sud, il revint de cette opinion et aurait certainement défendu l'idée de l'étiologie saturnine si sa vie ne s'était terminée brusquement ; néanmoins il laissa parmi les médecins du port de Brest les germes de sa pensée touchant la nature des coliques précitées.

En 1852, M. Fonssagrives qui, comme je l'ai dit souvent et me plais à le redire, s'est fait, tant dans la médecine navale qu'à la faculté de Montpellier, un grand nom scientifique justement mérité, publia, au retour de deux campagnes sur la côte occidentale d'Afrique, un mémoire important (*Archives générales de médecine*), qui fit sensation en médecine. Sa thèse inaugurale traita aussi du même sujet ; l'idée de Segond, reprise et développée par lui avec un talent hors ligne, prit une vigueur telle qu'on pourrait la considérer presque comme ayant subi une nouvelle création. Le dire de Raoul fut entièrement oublié, au moins pour l'immense majorité des médecins de la marine ; les coliques des pays chauds, prenant le nom de colique végétale, constituant une seule et unique entité morbide, entraient dans une nouvelle phase.

Un des hommes les plus remarquables de la médecine navale, le docteur Rochard, que son intelligence hors ligne, son érudition et son talent d'exposition, appelaient depuis longtemps aux premiers rangs non seulement du corps des médecins de la marine, mais encore de la science médicale contemporaine elle-même, se rallia à l'opinion de M. Fonssagrives et fit, sur la colique sèche, des tra-

vaux qui achevèrent de fixer l'opinion du moment d'une manière si précise qu'il eût semblé tout à fait irrationnel de ne pas partager le courant imprimé à la question.

La question de la colique sèche, mise à la mode par la plume brillante de M. Fonssagrives et de M. Rochard, devint l'étude de prédilection des jeunes médecins de la marine qui, jurant *in verbo magistri*, ne s'occupèrent pas de vérifier, contrôler ou discuter les idées émises par le savant médecin de l'*Eldorado;* mais s'attachèrent, avec une ardeur extrême, à recueillir des observations dans lesquelles les simptômes notés par le chef de file étaient de plus en plus mis en saillie, en même temps qu'ils paraphrasèrent sur la théorie miasmatique formulée si brillamment, reconnaissons-le, par M. Fonssagrives.

M. Fonssagrives avait parlé de douleurs, de paralysie, d'encéphalopathie; les observations ne parurent bientôt intéressantes que lorsqu'elles présentaient une très grande accentuation de ces accidents. Un cas qui n'aurait pas eu ce lugubre cortège d'accidents aurait été considéré comme vulgaire et indigne d'être distingué de la grande masse des faits ordinaires observés tous les jours. On ne s'aperçut pas que, par cet exclusivisme et cet excès de zèle, on détournait la question de son véritable milieu. On préparait des armes aux adversaires. On s'éloignait, en un mot, du champ de la réalité et de l'étude féconde.

Bientôt l'étude de la colique végétale, comme on l'appelait volontiers, sembla complète. Des observations multipliées et semblant très probantes montraient l'influence miasmatique, tandis que d'autres, aussi nombreuses et aussi détaillées, mettaient au jour maints accidents de paralysie, de troubles nerveux, etc., etc., dus évidemment à la maladie. Mais, chose étrange, plus on penchait vers l'étiologie paludéenne, plus les faits de colique sèche se rapprochaient, au point de vue de la symptomatologie, de la colique saturnine, de sorte qu'un certain nombre de médecins put arriver à formuler cette opinion que deux causes absolument dissemblables : A. l'empoisonnement saturnin; B. l'empoisonnement paludéen, pouvaient provoquer des accidents absolument identiques.

On conviendra qu'il y avait là quelque chose de si insolite, de si choquant, *à priori*, pour la logique, qu'un observateur critique aurait pu condamner la théorie par sa seule intuition.

Un nouvel athlète entra alors en lice. Homme d'un grand savoir, d'un esprit d'observation très remarquable, chargé, à l'hôpital de Brest, pendant de très longues années, d'un important service où

il avait soigné un très grand nombre d'individus renvoyés des pays chauds pour *coliques sèches*, le docteur Lefèvre vit une telle similitude entre les symptômes qu'il observait et ceux de la colique saturnine qu'il conclut à l'identité. En 1859 il publia un livre qui fit une grande sensation dans la médecine navale et même dans toute la médecine. Il formula d'une manière positive, sans hésitation et en apportant des preuves qui ont paru absolues à la majorité des médecins, qu'il n'y avait pas de colique végétale, qu'il n'y avait qu'une colique de plomb, et que là où on avait cru à un empoisonnement miasmatique, il n'y avait, à proprement parler, qu'un empoisonnement saturnin.

Le livre de M. Lefèvre est un travail remarquable à tous égards. Il fourmille de faits et d'arguments qui sont aussi puissants qu'arrangés avec art. Il donne la preuve, si palpable, que l'empoisonnement saturnin est fréquent sur les navires, que les plus incrédules durent être convaincus. L'autorité changea, sur son conseil, la disposition de certains appareils et le nombre des coliques diminua d'une manière remarquable. On se mit à la recherche du plomb et on le trouva dans un si grand nombre de cas qu'il fallut bien se rendre à l'évidence, et voilà l'étiologie miasmatique de la colique sèche attaquée dans ses fondements. La maladie devait logiquement disparaître du cadre nosologique, son identité avec la colique de plomb était démontrée.

Le livre de M. Lefèvre eut le plus grand en même temps que le plus rare succès. Les champions de l'opinion contraire, étonnés d'abord de ses arguments, discutèrent, se défendirent, puis, convaincus pour la plupart par la partie adverse, finirent par lui donner absolument raison.

Donc, pour un certain nombre de médecins de la marine, et je dois dire que parmi eux sont les plus compétents, puisque j'ai cité MM. Cornuel, Raoul, Fonssagrives et Rochard, et qu'il faut y ajouter MM. Leroy de Méricourt et Gestin, il n'existe pas, à proprement parler, de colique sèche; ce qu'on a appelé de ce nom est absolument et exclusivement une intoxication saturnine, de sorte qu'il faut avoir une conviction bien forte pour penser le contraire. J'avoue pour ma part que, pénétré plus que personne de la très grande valeur scientifique de mes honorés collègues et maîtres, je me serais volontiers rangé à leur avis si les faits les plus probants, les observations les plus précises, ne m'avaient lié à l'opinion contraire. Déjà, pendant mes campagnes au Sénégal, j'avais vu des atteintes qui m'avaient semblé juger la question d'une manière bien tranchée, et je l'ai dit dans mon étude sur les mala-

dies de ce pays. Une nouvelle campagne, faite cette fois dans une contrée différente : la Martinique, a corroboré ma croyance. D'ailleurs, je vais présenter ici les faits et les raisonnements qui font cette croyance. Le lecteur pourra ainsi juger en connaissance de cause la question et dire si je me trompe ou bien si j'ai raison.

Tout d'abord je me plais à rendre à la mémoire de Lefèvre l'hommage qui lui revient, et je n'ai aucune peine à proclamer, après bien d'autres, que son livre a fait faire un grand et heureux pas à nos connaissances sur la colique sèche en éliminant de sa symptomatologie ce qui appartient à la colique de plomb, et qui lui avait été attribué à tort jusque-là ; mais je crois fermement qu'il n'a pas fait disparaître entièrement cette colique sèche du cadre nosologique. J'en donnerai pour preuve que si ceux qui, comme MM. Fonssagrives, Rochard, Leroy de Méricourt, ont brillamment théorisé sur son compte, ont cru tour à tour à une nature miasmatique ou climatérique, puis à un empoisonnement saturnin seulement, un grand nombre d'autres médecins de la marine, ayant assurément une autorité moindre en pathologie exotique, mais cependant pouvant à juste titre être considérés comme de bons et sagaces observateurs, ont toujours admis ou bien sont arrivés à croire à l'existence d'une véritable colique sèche bien distincte de la colique de plomb, frappés comme moi par des faits qui ne laissaient aucun doute dans leur esprit. Et je ne crains pas de le dire, la fluctuation de l'opinion semble terminée sur cette question aujourd'hui parmi les hommes de la jeune génération de la médecine navale ; de sorte que si on pouvait, qu'on me permette cette image pour mieux faire comprendre ma pensée, si on pouvait, dis-je, faire voter aujourd'hui tous les médecins de la marine sur la question de l'étiologie de ce qu'on appelle la colique sèche, une bonne moitié peut-être affirmerait l'indépendance du saturnisme pour un nombre de cas assez grand, tout en reconnaissant que fort souvent ce qu'on a appelé jadis colique sèche n'était qu'un empoisonnement saturnin.

Tous les médecins de la marine proclament aussi à haute voix, et je suis bien volontiers de ce nombre à la suite de M. Leroy de Méricourt, bien qu'il ait pu penser un instant le contraire, que Lefèvre a fait faire un grand pas à l'hygiène navale en dénonçant le plomb comme cause de nombreux accidents. Mais si plusieurs disent avec MM. Fonssagrives et Leroy de Méricourt qu'il a rayé le nom de colique sèche des pays chauds de la médecine exotique, bon nombre croient avec moi, je le répète, qu'il n'a pas abouti à un pareil résultat. Non : grâce à l'éminent directeur du service de santé de Brest, dont la médecine navale a le droit de s'enorgueillir, la grande

majorité des cas des coliques qui avaient pour cause une intoxication plombique a disparu de nos hôpitaux métropolitains et coloniaux, des navires naviguant dans la zone tropicale. Mais la colique sèche n'en existe pas moins dans les pays chauds; et maintenant que, dégagée des faits de colique saturnine qui l'ont obscurcie si longtemps, elle se présente d'une manière plus claire et plus saisissable à nos yeux, nous sommes dans de meilleures conditions pour l'étudier et la mieux connaître. Donc, loin de l'avoir rayée du vocabulaire médical, Lefèvre aura puissamment aidé à la mieux définir.

Lefèvre a montré que les cas de colique accompagnés le plus souvent de liséré gingival, de tremblements musculaires, de paralysie des extenseurs, d'accidents nerveux parfois graves, qui arrivent des navires ou des colonies dans les hôpitaux de la métropole, étaient sous la dépendance de l'intoxication saturnine ; je crois fermement qu'il a eu raison, mais comme je l'ai dit et répété à maintes reprises, remarquons que sous l'impulsion du brillant mémoire de M. Fonssagrives toute atteinte de colique qui n'était pas accompagnée de ces accidents était un cas incomplet sur lequel on ne s'arrêtait pas. Or, comme c'est précisément ces cas considérés comme incomplets, à cause de leur atténuation, de l'absence de quelques phénomènes et en particulier de ces retentissements profonds sur le système nerveux : tremblements, paralysies, etc., etc., qui appartiennent à la véritable colique sèche, il en résulte que Lefèvre n'a observé en réalité que des hommes atteints d'intoxication saturnine.

Je suis pour ma part convaincu que si Lefèvre au lieu de pratiquer à Brest avait servi dans un des hôpitaux du Sénégal ou de la Martinique, il aurait aussitôt reconnu les deux variétés bien distinctes de coliques dites sèches, et il eût été pour les unes aussi chaud partisan de l'absence d'intoxication plombique qu'il aurait été affirmatif de cette intoxication pour les autres.

Je dirai plus, si MM. Rochard, Fonssagrives, Leroy de Méricourt et n'importe quel autre partisan du saturnisme dans tous les cas, passaient une saison chaude dans un hôpital du Sénégal ou de la Martinique, ils n'auraient pas une opinion différente de la mienne, et je me base sur ce fait que, pendant près de cinq ans, j'ai montré un nombre assez grand de ces coliques sèches non saturnines à mes collègues de la médecine navale, appuyant mon dire de l'analyse chimique des urines, de la salive, de la sueur, leur faisant examiner les malades, et que pas une fois il n'y a eu pour eux prise au doute touchant la nature de la maladie, et cela d'autant plus facilement

qu'à côté de ces malades il y avait souvent des saturnins qui pouvaient nous servir de point de repère, montrant ainsi la différence incontestable qu'il y a entre les deux maladies.

C'est qu'en effet, à côté des coliques saturnines qui ont frappé plus vivement l'esprit des premiers observateurs, Segond et Fonssagrives, par exemple, par leur grande gravité, par leurs phénomènes nerveux, par leurs accidents de paralysie, d'encéphalopathie, etc., etc., on voit, dans les hôpitaux et sur les navires du Sénégal et de la Martinique, des coliques moins graves, moins dangereuses, moins redoutables il est vrai, mais néanmoins constituant un évènement pathologique assez sérieux pour avoir droit à une place distincte dans le cadre nosologique et dans lesquelles l'étiologie saturnine ne saurait être incriminée. Longtemps les premières ont fait passer les secondes inaperçues, mais le jour où l'étiologie saturnine des unes a été établie positivement, vouloir nier l'existence des autres serait essayer de faire faire à la pathologie exotique un pas en arrière qu'on ne peut tenter, dont MM. Fonssagrives et Leróy de Méricourt ne voudraient pas accepter la responsabilité s'il leur avait été donné de voir un seul des malades auxquels je fais allusion, car ils sont avant tout des observateurs de bonne foi.

Mon affirmation est donc bien catégorique, mais comme la médecine est surtout et avant tout une science d'observation et, par conséquent, que les affirmations ne sont rien tant qu'elles ne sont pas appuyées sur des preuves, je me hâte de fournir des preuves de l'absence du saturnisme dans les cas que je viens de spécifier.

Observation XI.

Coliques sans diarrhée appartenant, à mon avis, à la colique sèche, *survenant chez un matelot du commerce sans qu'on puisse les attribuer à une intoxication plombique.*

Bessac, âgé de 34 ans, né dans la Loire-Inférieure, matelot charpentier du navire *Marie-Alexandrine*, qui est arrivé le 16 juillet 1876 à Fort-de-France, chargé de charbon pour la Compagnie transatlantique, est apporté à l'hôpital le 3 juillet au matin, atteint de coliques.

Cet homme, qui est dans la force de l'âge et dans un état de santé florissante, a toujours navigué au long cours ; il a fait des voyages à l'île Maurice au moment où régnait une épidémie de fièvre bilieuse sans être malade. Il a fait une dizaine de voyages aux Antilles, touchant à la Havane, à Saint-Domingue, à la Pointe-à-Pitre, à la Martinique, sans avoir jamais eu d'atteinte sérieuse de fièvre, de diarrhée ou d'autre affection.

Bessac est depuis longtemps au service du même armateur, il occupe à à bord un poste de confiance, il est relativement sobre, bon matelot.

Depuis son arrivée à la Martinique, il a beaucoup fatigué parce que par sa profession il est très occupé au moment où le navire accoste le quai ou un autre bâtiment, et que non seulement la *Marie-Alexandrine* a dû s'approcher tous les matins de terre pour faire le déchargement, mais encore trois fois dans la nuit elle a dû être déplacée à cause de l'arrivée d'un paquebot.

Le 1er juillet, samedi à quatre heures du matin, après avoir travaillé pendant trois heures à l'accostage, Bessac est pris de coliques violentes, il se roule sur le pont tant les douleurs sont fortes, et, malgré des frictions chaudes sur le ventre, une infusion alcoolisée, une potion cordiale, il est très souffrant jusqu'à quatre heures du soir. Il n'avait à ce moment pas eu de selles depuis vingt-quatre heures, il resta couché tout le jour et n'eut qu'une évacuation alvine le lendemain matin 4 juillet. Cette évacuation fut peu copieuse, la selle était moulée sans grande dureté, normale en un mot.

La soirée du 1er juillet se passa assez bien, la nuit fut désagréable sans que les douleurs, calmées depuis quatre heures du soir, eussent reparu. Il est à noter que le temps était chaud et orageux.

Le dimanche 2 juillet, Bessac passe la journée sans travailler, éprouvant dans les membres inférieurs une fatigue douloureuse, un peu de courbature, anorexie. Il boit un peu plus de tafia qu'il ne faudrait, pensant se remettre en santé par ce petit excès.

Le soir, le temps étant très chaud et lourd, il couche sur le pont sous le taud. Il faut remarquer que, depuis l'arrivée du navire à Fort-de-France, Bessac, comme la plupart des matelots de la *Marie-Alexandrine*, a couché hors du poste et a recherché les courants d'air pour avoir un peu de fraîcheur relative pendant le sommeil, ce qui les expose à être mouillés pendant les grains de pluie.

Dans la nuit du dimanche au lundi 2 à 3 juillet, vers deux heures du matin, Bessac est éveillé par des coliques très violentes, en tout semblables à celles qu'il a eues le samedi dans la matinée, il souffre beaucoup, éveille ses camarades et son capitaine par ses cris. On lui fait sans aucun succès des frictions chaudes sur l'abdomen, on lui donne de nouveau une potion cordiale; les coliques ne s'amendent pas. A six heures du matin, on se décide à le porter d'urgence à l'hôpital où je le vois pour la première fois.

A ce moment, Bessac, qui a le teint ordinairement bien coloré, est en transpiration et a la face rouge comme quelqu'un qui souffre beaucoup; il a le pouls précipité, serré, la langue est un peu blanche avec une légère apparence saburrale, pas de nausées, pas de vomissements, mais le sujet dit : que le cœur est prêt à lui manquer tant il souffre à chaque nouvelle crise de coliques, c'est-à-dire toutes les deux heures environ.

La bouche est en bon état, les dents canines usées par l'habitude de la pipe; mais il n'y a absolument aucune trace de liséré plombique sur les gencives; la muqueuse est parfaitement saine partout.

Pour compléter mon diagnostic au sujet de la possibilité d'une intoxication plombique, je fais étendre la main à Bessac pour voir s'il a du

tremblement, je ne constate rien d'anormal, je lui dis de serrer successivement avec les deux mains mes doigts, il le fait avec vigueur et mesure, l'extension est aussi libre que la flexion était volontaire.

Les coliques siègent autour de l'ombilic et forment souvent comme une barre transversale à l'épigastre, l'abdomen est developpé normalement, un peu saillant même, parce que Bessac est non seulement bien musclé, mais même a un peu d'embonpoint, il est souple, sans nodosités, matité, ni sonoréité anormales nulle part. La pression n'y développe aucune douleur plus vive, mais ne calme pas non plus les douleurs; les testicules ne sont pas rétractés.

Il n'y a pas eu de selles depuis la veille au matin, et nous avons dit que le dernier fécès avait été moulé sans dureté, ni sans apparence diarrhéique.

Bessac est mis aussitôt dans un grand bain tiède sous l'influence duquel les coliques se calment; il y a une détente marquée très rapide et, cinq minutes après l'immersion, toute douleur a disparu. Le bain dure une demi-heure; en sortant de l'eau, Bessac se trouve très bien tout à fait, il est couché dans un lit où il fait la sieste pendant une heure environ, et il mange à dix heures du matin le quart de bon appétit. Dans l'après-midi, il n'éprouve qu'un peu de fatigue musculaire.

Le 4 au matin, la nuit a été très bonne, persistance du sentiment de fatigue dans les jambes, mais néanmoins on peut dire que la santé est revenue; pas de selles; un bain tiède de dix minutes; demi-portion d'aliments.

Le 5, une selle moulée peu copieuse le matin au jour; la nuit a été très bonne, la santé est revenue; un bain sulfureux de dix minutes; comme expérience, trois quarts d'aliments.

Le 6, Bessac est mis *exeat*, et retourne à son bord parfaitement guéri.

On remarquera que je n'ai fait prendre aucun médicament à Bessac pour laisser à l'atteinte toute latitude dans son évolution, et voir sans aucune obscurité si la guérison surviendrait vite et sans nouvel accès de coliques.

J'ajouterai que, pendant le séjour de Bessac à l'hôpital, j'ai fait analyser deux fois ses urines par le Dr Porte, pharmacien de première classe de la marine, et qu'aucune trace de plomb n'a été indiquée par les agents chimiques. Or, signalons qu'au même moment l'analyse faite par le même chimiste sur des urines de sujets traités pour coliques saturnines, nous révélait du plomb. Les opérations étant absolument comparables, ayant été faites de la même manière, avec les mêmes réactifs et en opérant sur les mêmes quantités d'urine, n'avons-nous pas le droit de dire que l'urine de Bessac était positivement exempte de toute présence du plomb.

Après avoir recherché et fait rechercher à l'hôpital de Fort-de-France soit sur les gencives, sur le corps après un bain sulfureux,

soit dans les urines du sujet, pour voir si nous trouvions l'indice de la présence du plomb, j'ai voulu savoir si le navire ne présentait pas telle cause d'intoxication saturnine qui pouvait justifier les coliques de Bessac; mais mes investigations ont été vaines comme on va le voir.

D'abord j'ai su par mes demandes personnelles que le navire *Marie-Alexandrine,* qui est un trois-mâts de Nantes bien conditionné, monté par douze hommes d'équipage, n'a eu aucun autre homme que Bessac atteint d'accidents analogues soit dans ce voyage, soit dans d'autres.

J'ai fait demander un litre du vin donné en ration à bord, et j'ai prié le Dr Porte de rechercher s'il y contenait du plomb : l'examen chimique a montré que non, ainsi que le prouve la note suivante que m'a donné le Dr Porte.

Vin provenant du trois-mâts Marie-Alexandrine. — *Analyse de vin rouge.* — *Réaction acide.* — Une partie de ce vin a été traitée par le charbon animal. Après quelques heures de contact, on a filtré. Le liquide recueilli a été acidulé par l'acide azotique, puis concentré par évaporation.

Dans ce liquide, on a cherché le plomb avec les réactifs suivants, qui ont donné des résultats négatifs :

L'hydrogène sulfuré n'a produit aucun précipité.
L'iodure de potassium, rien.
Le chromate jaune de potasse, rien.
L'acide sulfurique, rien.
Donc, pas de plomb.

Une deuxième partie a été mise à évaporer dans une capsule jusqu'en consistance d'extrait. L'extrait a été ensuite calciné et incinéré. Les cendres, reprises par l'eau et l'acide azotique, ont donné une liqueur que l'on a filtrée et traitée par les réactifs cités plus haut. Cette fois encore on a obtenu des résultats négatifs ; pas de traces de plomb. PORTE.

J'ai chargé le Dr Bestion, médecin de 2e classe, médecin major de l'aviso *l'Étoile,* d'aller faire une inspection minutieuse du navire, et il n'a pas trouvé trace de plomb non plus, ainsi que l'indique la note ci-jointe qu'il m'a fournie.

Note sur la Marie-Alexandrine *au point de vue de l'intoxication saturnine.*

Le 8 juillet 1876, je me suis rendu à bord du trois-mâts la *Marie-Alexandrine* de Nantes, à l'effet de rechercher s'il n'y avait pas à bord de causes d'intoxication saturnine.

J'ai examiné d'abord le charnier, dans lequel je n'ai trouvé aucun système de tuyau aspirateur. Les hommes puisent directement dans ce récipient, avec un vase en fer battu, l'eau qu'ils veulent boire.

Il n'y a pas de caisses à eau à bord; l'eau est conservée dans de simples barriques ordinaires de 200 à 250 litres, dont l'intérieur a été charbonné par le flambage. Dans ces barriques, l'eau ne pourrait que pourrir, sans acquérir les qualités toxiques du plomb. Mais je dois dire que celle que j'ai examinée n'a pas de mauvaise odeur.

On ne saurait incriminer davantage le tuyau à l'aide duquel on fait le plein de ces récipients, car il est en caoutchouc, tout au plus pourrait-il donner un mauvais goût au liquide (1).

Le navire ne possède pas de cuisine distillatoire, et sa chaudière, ainsi que les autres ustensiles de cuisine, sont en fer battu, et par suite ne peuvent pas être accusés de fournir du plomb.

Après un examen attentif de la cale, du pont et du poste de couchage des hommes, je n'ai rien trouvé qui soit de nature à faire penser que l'équipage de ce navire est exposé à une intoxication saturnine quelconque.

Signé : Bestion.

Voilà un premier fait, fait dans lequel l'atteinte a été très légère, la constipation peu accentuée et peu rebelle, il est vrai, mais dans lequel cependant on voit déjà les premiers linéaments de cette colique sèche bien dessinés. On peut le considérer comme le premier degré, le degré très léger de la maladie, constituant pour ainsi dire à peine une simple indisposition de trois ou quatre jours de durée.

Je pourrais citer plusieurs autres observations analogues à celle que je viens de rapporter, et je pourrais les choisir parmi celles qui ont eu des soldats d'infanterie, des ouvriers, des commerçants, des employés, des officiers pour sujets, afin de mieux montrer que ce n'est pas seulement sur les navires, mais aussi à terre, que ce n'est pas seulement dans la classe inférieure, mais aussi chez les individus vivant dans l'aisance, que ce n'est pas seulement ceux qui mangent des aliments dits de conserves, mais aussi ceux qui ne se nourrissent que de vivres frais, qui peuvent avoir des atteintes semblables; je ne le ferai pas parce que j'augmenterais inutilement la longueur de mon exposition, et, par conséquent, qu'on me permette de me borner à cette citation.

Certes, je suis le premier à convenir que le fait de Bessac, s'il était isolé, n'aurait pas grande valeur, et que l'on aurait le droit de m'accuser de porter un diagnostic à la légère; je reconnais aussi que, si l'atteinte de colique sèche non saturnine n'était jamais ni plus intense, ni plus prolongée, ni plus grave, on aurait le droit de se demander s'il vaut bien la peine d'en faire une description spéciale, et si elle ne doit pas être confondue avec maintes petites indispositions dont l'histoire nosologique ne pré-

(1) Le Dr Porte analysa cette eau et n'y trouva non plus pas de plomb.

sente guère d'intérêt, mais remarquons que, d'une part, ce degré de colique sèche est assez fréquent dans les pays chauds pour le présenter souvent à l'observation du médecin, et que, d'autre part, l'affection n'est pas toujours aussi bénigne, aussi éphémère, de sorte qu'il faut tenir compte de ces cas légers dans l'étude de la maladie pour se bien rendre compte de ses diverses variétés.

J'ajouterai enfin que j'ai voulu rapporter très en détail cette observation, bien qu'elle ne portât que sur un cas très léger, pour bien faire voir que mes investigations ont été poussées assez loin, et que j'ai cherché à m'entourer des éléments d'une bonne appréciation avant de porter mon diagnostic.

Voilà donc un premier degré ou une première forme de la colique dite sèche des pays chauds ; c'est, on le voit, une atteinte de douleurs abdominales survenant chez des individus bien portants en apparence jusque-là, s'étant refroidi le corps par un bain intempestif, par un dévêtissement trop rapide, par l'exposition à un courant d'air, etc., etc., et, remarquons-le, ce premier degré, cette première forme, n'est pas exclusive à la zone tropicale ; elle appartient je crois, à tous les pays chauds : les habitants du midi de la France, de tout le bassin de la Méditerranée, des pays analogues de l'Amérique, de l'Asie et de l'Océanie, la connaissent bien pour l'avoir fréquemment observée pendant les moments chauds de l'année.

Une seconde forme ou un second degré de la colique sèche des pays chauds est indiqué dans les deux observations suivantes :

Observation XII.

Coliques et constipation survenant chez un individu anémié sans impaludation ni intoxication saturnine.

Bernière, âge de 25 ans, né dans le Calvados, sergent-fourrier d'infanterie de marine, ayant été clerc d'huissier jusqu'au moment de son appel sous les drapeaux, arrive à la Martinique en septembre 1874. Il a été bien portant jusque-là, n'a pas eu de maladie grave pendant son enfance.

Le 15 août 1875, il entre à l'hôpital de Fort-de-France, présentant les phénomènes d'un état typhoïde léger dont il est convalescent le 30. Il est envoyé dans les hauteurs de l'île en convalescence le 1er octobre assez bien remis, mais manifestement anémié encore.

Il fait son service sans être malade, mais aussi sans récupérer les attributs d'une brillante santé pendant un an, et, le 22 octobre 1876, il revient à l'hôpital de Fort-de-France. Le billet d'entrée porte qu'il est souffrant depuis assez longtemps, et présente depuis huit jours les phénomènes d'une atteinte très légère de la fièvre bilieuse inflammatoire qui règne épidémiquement dans ce moment. Céphalalgie, courbature générale, peau

chaude et sèche, pouls à 90, langue blanchâtre; enduit pultacé des gencives, soif vive, léger érythème scrotal ; pas de selles depuis 48 heures.

Pr. Infusion de feuilles d'oranger; 40 gr. d'huile de ricin.

Dès le lendemain, il y a une amélioration sensible dans l'état général, le purgatif a produit de très nombreuses selles (10); le pouls tombe à 60; la température est à 37, 5, d'une manière assez invariable; la convalescence s'établit presque aussitôt, mais elle ne marche pas bien, car le 27 il n'y a pas de selles et un peu de tendance à la céphalalgie et à la chaleur de la peau. On lui donne 15 gr. de citrate de magnésie qui provoquent plusieurs selles ; il semble, après le purgatif, que l'état général soit meilleur et, pendant trois ou quatre jours, la convalescence paraît marcher bien.

Cependant, vers le 3 octobre, le sommeil est moins réparateur; il y a d'abord un peu de bronchite qui cède à l'emploi de juleps diacodés et de pastilles d'ipéca.

Le 6, la bronchite ayant cessé, et le sujet étant très anémié, faible, avec un sentiment de fatigue constant, on le met à l'usage du vin de quinquina.

Le 10, Bernière accuse des coliques sourdes et une tendance à la constipation qui date de l'avant-veille. On prescrit un lavement avec 30 gr. de sulfate de soude ; ce lavement ne produit qu'une selle peu copieuse.

Le 11, même état; nouveau lavement au sulfate de soude ne produisant encore qu'une selle peu copieuse, mais étant suivi de coliques sourdes et continues, s'exacerbant de temps en temps d'une manière très pénible,

Cet état durant, on donne, le 12, un lavement avec 12 gouttes de laudanum qui ne produit aucune amélioration.

Le 13, on renouvelle le lavement et, le 14, on donne une bouteille d'eau de Sedlitz pour essayer de faire sortir Bernière de cet état qui, sans présenter aucune gravité, n'en est pas moins très pénible à cause des coliques constantes avec sentiment de plénitude dans le ventre.

Le purgatif produit sept selles assez copieuses, mais ne fait pas cesser l'état de douleur du ventre. On donne, le 14 au soir et le 15 au matin, deux lavements avec 12 gouttes de laudanum, sans discontinuer le vin de quinquina et une alimentation choisie dans laquelle les substances de digestion facile et propres à donner la liberté du ventre sont employées.

Le 16, pas d'amélioration; il n'y a pas eu de selles depuis le purgatif, et le ventre est toujours aussi douloureux. Lavement avec 15 gr. de sulfate de soude; le lavement ne produit aucune évacuation alvine.

Le 17, le Dr Cotte, médecin traitant de Bernière, me montre son malade, que nous trouvons dans l'état suivant :

Face pâle, amaigrie, respirant un certain air de souffrance; conjonctives pâles avec une très légère teinte jaunâtre; muqueuses pâles; gencives parfaitement saines sans aucune trace ni de liséré, ni de tuméfaction ; dents parfaitement propres.

Langue blanche sans enduit dit saburral; aucun mauvais goût à la bouche; anorexie; estomac paresseux; abdomen modérément développé, mais cependant n'ayant aucune tendance à la rétraction; au contraire, il

est plutôt un peu préominent, bien que le malade soit très sensiblement amaigri. Le creux épigastrique est indolore spontanément et à la pression; mais, à partir de l'ombilic, tout l'abdomen est douloureux spontanément; le malade accuse des coliques sourdes dans les deux hypochondres, mais, à la palpation, on voit que toute l'étendue de la région est douloureuse.

Pouls normal un peu faible; pas de chaleur de la peau; rien de saillant dans les organes respiratoires, ni au cœur.

Foie et rate développés normalement; aucun phénomène morbide du côté des organes génito-urinaires; pas de rétraction d'un ou des deux testicules.

Le malade n'a pas uriné depuis le milieu de la nuit; on le fait uriner et on confie ce liquide excrémentitiel à M. le D[r] Porte, pharmacien de première classe de la marine, chef du service pharmaceutique de la colonie, pour être analysé au point de vue de l'existence du plomb.

Voici cette analyse :

Analyse d'un échantillon d'urine.

Sous-officiers. — N° 24. — Cette urine offre une réaction sensiblement acide au papier de tournesol.

Elle est de couleur jaune ambré.

125 c. c. ont été mis à évaporer dans une capsule en porcelaine jusqu'à siccité; puis on a chauffé au rouge. Les cendres ont été reprises par l'eau distillée et quelques gouttes d'acide azotique.

La liqueur obtenue après filtration a donné les réactions des *sels de chaux*. Tous les réactifs des sels de plomb ont été ensuite essayés, et l'on n'a obtenu que des résultats négatifs.

Fort-de-France, le 18 novembre 1876. — Le chef du service pharmaceutique : PORTE.

On prescrit 15 gr. d'huile de ricin. Le soir à la contre-visite on constate qu'il n'y a pas eu le moindre changement dans l'état; pas de selles par le purgatif; les coliques sont aussi persistantes et aussi pénibles. Une pilule ante-cibum.

Le 18 novembre, au matin, l'état est le même; pas de selle; abdomen douloureux à la pression et spontanément. On prescrit une seconde pilule ante-cibum, et je pratique la faradisation des muscles de l'abdomen d'après la méthode de M. Briquet. Cette faradisation est douloureuse et ne produit sur le moment aucune cessation de la douleur intérieure. Le malade, jeune homme intelligent, nous dit : c'est une douleur extérieure ajoutée aux coliques que je ressens, et rien de plus.

Le 19 novembre, l'observation dit que le sujet a dormi sous l'influence d'un julep avec 50 gr. de sirop diacode, de 8 heures à 11 heures, et que dès ce moment les douleurs ont recommencé, elles durent encore au moment de la visite. Pas de selles depuis quatre jours. Temp. 37,5; pouls à 60. Infusion de feuilles d'oranger; lavement avec 30 gr. de sulfate de soude et 20 gr. de séné; potion avec sirop diacode, 60 gr. Soir, lavement laudanisé.

Le 20 novembre, les coliques ont un peu diminué pendant la nuit, mais persistent encore; elles ont duré tout le jour hier, et il n'y a eu que des selles insignifiantes. Pouls à 60; T. 37,2 le matin, 37, 5 le soir. On entreprend de narcotiser le sujet. Potion avec 60 gr. sirop diacode, à répéter si besoin est, et à faire administrer par la sœur de la salle.

Le 21 novembre, coliques fortes dans la journée d'hier, diminuant, puis cessant à mesure qu'il a eu absorbé une certaine quantité de son julep diacodé. Même prescription. T. 37,2. Analyse de l'urine; pas de plomb.

Le 22 novembre, pas de selles depuis le purgatif, qui n'avait produit qu'une évacuation insignifiante. Les coliques sont revenues ce matin. Pouls élevé à 80; T. 37,7. A prendre par la bouche séné et sulf. de soude à 25 gr. Continuer la potion diacodée à 60 gr.

Le 23 novembre, le malade a eu six selles hier après midi, et les coliques ont disparu depuis. Langue belle. Pouls à 60; T. 37,4.

Le 24 novembre, plusieurs selles encore sous l'influence d'un lavement émollient.

L'état du malade est satisfaisant les 25 et 26; mais il n'y a pas de selles. Dans la nuit du 26 au 27, une petite selle et les coliques reparaissent avec une certaine intensité.

Le 28 novembre, 20 gr. de citrate de magnésie et potion diacodée à 50 gr.; plusieurs selles; mais les coliques persistent jusqu'au 29 au soir, moment ou de nouveau la convalescence paraît s'établir.

Le 4 décembre, la constipation paraît vouloir se reproduire; mais un lavement émollient provoque chaque fois une selle. Analyse de l'urine; pas de plomb.

Le 6, Bernière est en pleine convalescence, il est profondément anémié, mais cependant tend à reprendre quelques forces. On le dirige sur le camp de Balata, où il reste jusqu'en février. L'influence de la fraîcheur des hauteurs de l'île, qui est habituellement si efficace contre l'anémie, est nulle ou à peu près pour Bernière; il ne reprend ni forces, ni bonne coloration et, le 10 février, il est embarqué sur un paquebot qui le ramène en France, où il lui sera donné un congé de convalescence.

Fournissons, avant de discuter les particularités de cette observation, la relation d'un autre fait très analogue, et dans lequel les investigations ont été poussées plus loin encore, comme on va le voir.

OBSERVATION XIII.

L...., âgé de 27 ans, né dans la Mayenne, soldat disciplinaire, présent à la colonie depuis 18 mois, ayant séjourné en Algérie et au Sénégal. Constitution usée prématurément par les excès de tous genres, ayant eu la fièvre paludéenne à maintes reprises, est envoyé à l'hôpital de Fort-de-France le 10 novembre 1876 avec la note suivante : « Cet homme est anémié, il se plaint depuis trois semaines, dit le médecin du corps, de coliques vives. A l'arrivée, on constate les phénomènes du degré léger de la

fièvre inflammatoire qui règne en ce moment. Enduit pultacé symptomatique de cette fièvre aux gencives; langue légèrement jaunâtre; a été purgé hier au quartier; soif vive; appétit nul. Bouillon; infusion de feuilles d'oranger; grand bain tiède; potion avec 60 gr. de sirop diacode.

« L.... travaillait au terrassement depuis son arrivée à la Martinique, n'ayant absolument aucune relation soit avec les ateliers en fer ou en bois, soit avec les machines, soit avec les cuisines. Depuis que la compagnie de discipline est à la Martinique, il n'y a pas eu à ma connaissance de cas de colique saturnine dans son effectif; dans tous les cas, je suis absolument certain que, depuis quatorze mois que je suis à la Martinique, il n'y a pas eu une atteinte de cette colique dans cette compagnie. »

Le 11 novembre, pas de selles depuis avant hier. Langue saburrale; anorexie; coliques; abdomen développé, douloureux à la pression et spontanément; chaleur de la peau. Pouls à 96. Bouillon; huile de ricin, 40 gr. Dans la journée, six selles; persistance de coliques très dures. Le soir, potion diacodée à 60 gr. On examine la bouche du sujet et on constate que les gencives sont pâles, sans aucune trace de liséré de Buston; il y a quelques dents gâtées, mais soit dans leur voisinage, soit ailleurs, il n'y a absolument rien qui, de près ou de loin, puisse être pris pour un liséré plombique.

Le 12 novembre, les coliques ont cessé dans la soirée d'hier; nuit calme; la langue se nettoie; pas de selles; abdomen développé; chaleur de la peau. Pouls à 104. Julep diacodé à 40 gr.

Le 13 novembre, continuation de l'amélioration sous le rapport des coliques, mais état fébrile. Pouls à 104; T. 38,0. Potion diacodée à 30 gr.

Le 14, pouls à 100; T. 37,1. Potion diacodée à 20 gr.

Le 15, pouls à 92; T. 37,5, 38,1.

Le 17, le sujet est considéré comme convalescent; on lui donne le quart d'aliments choisis, et seulement de la tisane d'orge et des lavements émollients pour provoquer et faciliter les selles, car il reste une tendance à la constipation.

Le 22 novembre, les coliques reparaissent sourdes d'abord, puis vives; pas de selles depuis deux jours; sentiment de plénitude dans l'abdomen, qui est développé; pouls normal; langue belle; on recommence à donner 30 gr. de sirop diacode.

Le 23 novembre, deux selles dans la nuit; néanmoins les coliques sont fortes; pouls et température physiologiques; langue belle; l'abdomen est développé, sensible sur toute son étendue, sans que la pression développe aucune impression douloureuse; mais cette pression ne calme pas non plus les douleurs.

Le 24, même état.

Le 25, une selle consécutive au lavement; coliques violentes. Le malheureux se roule dans son lit, infléchit les cuisses sur le bassin; abdomen développé, douloureux à la pression; pouls élevé; chaleur de la peau; un verre d'eau de Sedlitz. Le soir, même état; pas de selles; lavement pur-

gatif au séné et au sulfate de soude, provoquant six selles, à la suite desquelles il y a un sentiment de bien-être; potion diacodée.

Nouvelle amélioration qui dure jusqu'au 4 décembre, moment où, malgré deux selles provoquées par des lavements émollients, les coliques reparaissent et durent pendant 48 heures, pendant lesquelles on alterne les opiacés et les purgatifs.

On examine à ce moment encore, et, disons-le par anticipation pour n'y plus revenir, on a examiné plus de vingt fois et fait examiner, à un grand nombre de médecins de la marine, la bouche de L.... Pas une fois et pour pas un seul observateur il n'y a jamais eu de doute touchant l'état des gencives; le liseré plombique n'existait pas.

Du 6 au 12, rémission des coliques; le sujet est très fatigué, s'anémie et dépérit de plus en plus; l'alimentation est difficile; anorexie; difficulté de digérer les aliments, qui provoquent des gaz stomacaux et intestinaux.

Le 12 décembre, nouvelle reprise des coliques, avec élévation du pouls et de la température. Cet état va s'aggravant jusqu'au 15, moment où les coliques sont violentes. On fait, le 15, une injection hypodermique de morphine, qui amène un peu de calme. A partir de ce moment les coliques diminuent; les selles sont plus faciles, mais il y a toujours une certaine tendance à la constipation.

Le 24 décembre, nouvelles coliques. Les douleurs sont très fortes dans les deux cordons; hypéresthésie cutanée dans le côté droit, depuis le milieu de la cuisse jusqu'aux côtes; avec cela, chaleur normale; pouls serré et assez rapide à 70; langue nette; pas d'embarras gastrique, mais anorexie et difficulté de digérer certains aliments. Le 24 au soir, injection hypodermique qui fait encore bon effet.

Le 25 décembre, les douleurs semblent se localiser dans la fosse iliaque droite.

Le 26, rémission.

Le 27, nouvelles coliques violentes, puis rémission.

Le 29, le traitement a consisté en potions laudanisées; cataplasmes bains tièdes; injections hypodermiques; lavements émollients ou purgatifs; tous les moyens variés ont produit quelquefois un peu d'amélioration, mais seulement pendant quelques heures. On ne peut pas dire, en somme, qu'on ait trouvé un moyen efficace, et les crises de coliques semblent plutôt s'épuiser d'elles-mêmes que céder à la thérapeutique.

L.... est souffreteux, amaigri, sa peau est blanche, les bains sulfureux ne laissent aucune trace colorée sur lui, et de grandes compresses, imprégnées de sulfure de sodium mises au contact de ses aisselles, de son abdomen, ne prennent absolument pas de coloration noire, ni même brune, tandis que des compresses analogues mises de la même manière sur des saturnins se colorent manifestement en brun noirâtre.

Le 2 janvier, nouvelle poussée de coliques; douleurs abdominales erratiques, tantôt dans un point, tantôt dans l'autre de l'abdomen.

L.... reste ainsi souffreteux jusqu'au 16, ayant toujours des coliques sourdes avec exacerbations à certains moments du jour ou de la nuit; ten-

dance à la constipation, mais cependant les selles quoique rares sont molles; le sommeil est souvent interrompu par une, deux ou trois heures de coliques; l'appétit est revenu un peu; le malheureux malade se lève, se promène un peu, mais on le voit profondément étiolé, sans force; chaleurs passagères; pouls variable, tantôt calme, tantôt fébrile.

A partir du 16 janvier, une amélioration sensible se manifeste dans cet état, mais cependant les coliques ne sont pas absolument éteintes, car de temps en temps le sujet se croit menacé d'une rechute, et, le 29 janvier, il est embarqué sur le paquebot qui le ramène en France.

Du 12 novembre au 15 janvier, les urines furent analysées huit fois avec le plus grand soin, en ayant soin d'opérer toujours sur un litre ou 1,500 gr. de liquide, afin que les résultats fussent plus facilement appréciables. On ne trouve pas de plomb, si ce n'est une fois le 27 décembre, et voici l'analyse détaillée qui montrera ce que nous devons en inférer.

Analyse d'un échantillon d'urine; salle des disciplinaires, n° 5.

Couleur jaune ambrée.

Réaction faiblement acide.

Dépôt de mucus, en suspension dans le liquide.

Un litre d'urine, acidulé par l'acide azotique pur, a été évaporé à siccité, puis incinéré par une forte calcination. Les cendres ont été reprises par l'eau distillée et l'acide azotique; la liqueur, portée à l'ébullition, a été ensuite filtrée et soumise à l'action des divers réactifs. J'ai obtenu ainsi :

Avec l'hydrogène sulfuré : léger précipité noir.

Avec le sulfhydr. d'ammoniaque : léger précipité noir.

Avec l'ammoniaque : précipité blanc.

Avec le carbonate de potasse : précipité blanc volumineux.

Avec l'iodure de potassium : léger précipité janne, soluble dans un excès.

Avec le chromate de potasse : précipité jaune.

Avec l'acide sulfurique : précipité blanc.

Avec le sulfate de soude : précipité blanc.

Avec l'acide chlorhydrique : rien.

Toutes ces réactions, sauf une, indiquent la présence d'une petite quantité de sels de plomb; une seule a manqué, c'est la dernière. Donc, petite quantité de plomb dans cette urine. PORTE.

On comprend que nous fûmes tous vivement frappés de ce résultat, et nous allâmes aux renseignements. Or, voici ce qui était arrivé : l'urine étant rendue en petite quantité à la fois, il fallait trente-six heures d'excrétion pour fournir la quantité nécessaire à une analyse; or, quoique habituellement on eût soin de conserver cette urine dans un vase de verre ou de porcelaine, cette fois on s'était servi d'un vase de nuit en poterie grossière vernissée et dont le vernis s'écaillait en maints endroits.

Il s'agissait de savoir si le plomb trouvé dans cette urine provenait du malade ou du vase, et pour cela deux expériences étaient à faire. Une première consistait à veiller avec soin à ce que l'urine fut conservée dans

un vase de porcelaine ou une bouteille de verre blanc parfaitement propre; elle fut faite, et désormais l'analyse ne révéla absolument aucune trace de plomb.

L'autre expérience était une contre-épreuve, qui consistait à mettre un peu d'eau très légèrement acidulée, c'est-à-dire acide analogue à l'urine au moment de son émission dans le vase de nuit, et cette fois encore l'analyse révéla du plomb dans le résidu du liquide. Plus de doute à avoir désormais; et nous avons pu nous convaincre que le vernis s'écaillant facilement, il en existait de petites lamelles dans le liquide placé dans le vase, lesquelles, restant dans l'extrait et dans les cendres, donnaient la très légère réaction du plomb.

Analyse d'un échantillon d'urine; salle des disciplinaires, n° 5.

Urine à réaction sensiblement acide.

Couleur jaune.

Un litre de cette urine a été évaporé à siccité. Le résidu, repris par l'acide azotique et soumis à une forte calcination, a fourni des cendres dans lesquelles on a recherché le plomb.

Cette fois, les résultats ont tous été négatifs, en essayant les diverses réactions de ce métal.

Comme le procédé employé a été le même que pour l'analyse n° 50, on peut attribuer le résultat obtenu avec le n° 50, au séjour prolongé de l'urine acide dans un vase en poterie vernissée, qui contenait du plomb.

PORTE.

Le Dr Porte a recherché les quantités d'urée contenue dans l'urine pendant une crise de coliques, et il en a trouvé, par le procédé de M. Fonaine avec le réactif de Millon, les proportions suivantes : 0 gr. 1514 pour 10 gr. d'urine, soit 15 gr. 14 centigr. d'urine pour un litre.

J'ai dit précédemment que des compresses imbibées de sulfure de sodium ont été appliquées un grand nombre de fois sur la peau de L...., et que jamais il n'y a eu aucune coloration anormale, alors que cette coloration était parfaitement appréciable quand la même opération était faite sur des saturnins.

Croira-t-on à la nature saturnine de ces deux atteintes de coliques malgré les résultats négatifs de l'analyse clinique et de l'analyse chimique? Vraiment il me semble que si, après de pareilles investigations, on n'est pas convaincu, on peut se demander s'il sera jamais possible d'affirmer qu'une maladie, quelle qu'elle soit, est étrangère à l'intoxication saturnine.

Ceux qui voudraient pousser la suspicion jusqu'à la dernière limite, nous objecteront que l'intoxicatiou saturnine peut exister tellement minime, par exemple, ou bien dans telles conditions, que les excrémentitiels n'en renferment pas de traces à un moment donné; remarquons que cette objection pourrait bien être

rejetée de la discussion, car enfin, si nous admettons la possibilité d'une intoxication plombique sans élimination du métallique par les liquides excrémentitiels, nous arrivons à nous livrer à la merci d'une hypothèse fort discutable pour vouloir échapper au danger d'une autre qui nous répugne. Mais, pour faire disparaître jusqu'à l'ombre d'un doute, ne repoussons pas cette objection, essayons de montrer qu'elle n'est pas applicable aux faits que nous citons, et on nous accordera, j'espère, que si nous pouvions, dans les cas précités de coliques, consulter l'organe où le plomb se collige et se conserve par excellence pendant toute la durée de l'intoxication saturnine, si nous pouvions, dis-je, consulter le foie, nous saurions d'une manière parfaitement positive si, oui ou non, le sujet se trouve sous le coup d'une intoxication saturnine.

De prime abord, ce *desideratum* ultime paraît bien difficile à réaliser, car la colique sèche non saturnine n'étant pas, comme nous l'avons dit, une maladie à beaucoup près aussi dangereuse pour la vie que la colique de plomb, qu'elle-même a entraîné rarement la mort à bord des navires et dans les pays chauds, on ne peut pas espérer voir un décès arriver juste à point pour permettre d'élucider la question d'étiologie. Eh bien, cependant, j'ai eu la bonne fortune, si je puis appeler la chose de ce nom, de voir un malheureux sujet présenter les phénomènes de la colique sèche non saturnine, puis mourir d'une maladie intercurrente pendant son séjour à l'hôpital; j'ai pu en faire l'autopsie avec toute l'attention voulue; j'ai pu en faire incinérer le foie par M. Porte et, comme on va le voir dans l'observation suivante, il n'a pas été trouvé un atome de plomb.

Observation XIV.

Coliques succédant à un flux bilieux et précédant une dysentérie suraiguë. Absence d'intoxication plombique.

M. F...., lieutenant d'infanterie de marine, attaché à la compagnie disciplinaire, âgé de 38 ans, né dans la Moselle. Ayant fait un long séjour au Mexique, où il a eu la fièvre. Trois ans de campagne en Cochinchine, où il a eu la dysentérie. Ayant actuellement 32 mois de séjour consécutif dans la zone tropicale. Depuis son dernier départ d'Europe, à savoir 6 mois au Sénégal et 26 mois à la Martinique, n'ayant pas été sérieusement malade, dit-il, dans cette dernière campagne, mais amaigri, pâli, ayant les sclérotiques jaunâtres, teint bistré, ayant souvent une chaleur brûlante de la peau, en un mot tous les caractères d'une anémie tropicale avec intoxication paludique, qui ne sont surmontés que par une énergie et une force de volonté peu communes.

Depuis les premiers jours du mois de juillet 1876, M. F.... ne se sentait

pas bien, il continuait cependant à faire un service fatigant qui consistait en longues courses à cheval sous le soleil et la pluie.

Le 10 juillet, le malaise augmente, il est pris d'une diarrhée bilieuse avec fortes coliques, a plusieurs selles dans la nuit et la matinée. Le sujet ne fait aucune médication qu'un peu de thé alcoolisé et continue à monter à cheval. Dans l'après-midi, les selles s'arrêtent après avoir été de moins en moins copieuses, mais les coliques persistent.

Cet état de coliques avec constipation dure pendant une semaine sans changement bien appréciable. C'était assez, dit-il, pour souffrir beaucoup et pas assez pour se faire porter malade. Notons qu'un homme qui n'aurait pas eu comme M. F.... la volonté absolue de faire son service serait entré à l'hôpital depuis le 11 juillet.

Le 18 juillet à huit heures du matin, il reçoit un grain de pluie qui le mouille comme s'il s'était plongé dans l'eau. Il ne change pas de linge et reste à cheval jusqu'à onze heures sous un soleil ardent, il n'avait pas eu de selles depuis deux jours à ce moment et ses coliques étaient assez fortes; dans l'après-midi, elles sont extrêmement dures; la nuit se passe sans amélioration.

Le 19 et le 20, M. F.... est condamné à rester dans sa chambre et souvent sur son lit, ayant des coliques atroces sans évacuations alvines Le médecin de son corps le soigne avec grande attention, opposant successivement des opiacés, des bains, des sinapismes, des cataplasmes laudanisés, des lavements purgatifs, émollients et hypnotiques, sans obtenir une amélioration. Le 21, M. F.... est apporté à l'hôpital.

Je le vois dans l'après-midi, à trois heures : je constate cet état de pâleur anémique, cette teinte jaunâtre des sclérotiques, et je recherche aussitôt si ses gencives portent le liseré de Burton, je constate que non. D'ailleurs, comment serait-il intoxiqué, il loge au fort Desaix, vivant avec trois autres officiers et n'ayant pas mangé deux fois des conserves en 26 mois, il boit de l'eau de citerne, qui ne contient aucune trace de plomb et qui, depuis 26 mois, alimente 225 disciplinaires et 20 ou 30 convalescents en moyenne sans qu'aucun cas d'intoxication saturnine ait jamais été constaté dans le groupe.

Les gencives sont normales. M. F.... soigne ses dents qui sont belles. Langue blanche, chargée; muqueuse un peu sèche; soif; peau chaude, sèche; pouls à 80; abdomen assez développé; douleurs abdominales très fortes, siégeant surtout dans la région splénique où il y a un point plus douloureux et s'irradiant dans la direction du côlon transverse et du côlon descendant. La pression est pénible, exaspère la douleur au lieu de la calmer; pas d'envie d'aller à la selle; pas de selles depuis la nuit du 15 au 16; pas de rétraction testiculaire; pas d'émission d'urines depuis le matin. M. F.... nous dit que, depuis le 10 juillet, il urine peu.

Je recherche si on ne pourrait attribuer les douleurs à une attaque de colique néphrétique, et ne puis m'arrêter à cette idée d'après les réponses du malade, néanmoins je recommande de recueillir les urines pour les faire analyser.

Limonade froide; grand bain tiède; lavement purgatif.

Le 22, à la visite du matin, je trouve M. F.... très souffrant, le lavement a exaspéré ses coliques, il a rendu à peine ce lavement, un peu souillé de matières et ayant pris la couleur marron; mais il a depuis lors redoublement des épreintes et de fausses envies d'aller à la garde-robe, qui l'ont fait se mettre vingt fois peut-être inutilement sur le vase.

Coliques atroces; abdomen toujours modérément développé; gaz par la bouche et l'anus; chaque expulsion lui fait grand bien; peau chaude, sèche; pouls à 100; quelques alternatives de frissons et de sueurs; pas de nausées; même état des gencives, excluant toute idée d'intoxication plombique; eau de Seltz et sirop de groseilles; sulfate de quinine 1 gr.; potion avec 60 gr. de sirop d'opium.

Le 23, pas d'amélioration; la nuit a été horrible; les coliques tiennent tout le ventre, mais surtout sont plus intenses à gauche dans la région splénique et celle du côlon descendant; envies constantes d'aller à la selle, ne produisant que quelques gouttes de liquide dans lesquelles on commence à voir des stries sanglantes.

Eau albumineuse; sulfate de quinine 1 gr.; deux grands bains; six grands lavements émollients au pavot en vingt-quatre heures; potion avec 30 gr. de sirop d'opium.

Le 24, l'état ne s'est pas amélioré, au contraire; les coliques sont atroces; elles viennent par crises de quart en quart d'heure et provoquent une excrétion alvine composée d'un peu de mucus sanglant; pouls à 76; bouche sèche, rouge; pouls à 86, petit, concentré; chaleur de la peau.

Eau albumineuse; ipéca pulvér. 2 gr.; opium 0,05 en 20 pilules, à prendre deux par heure; nombreux lavements émollients; grands bains tièdes plusieurs fois répétés; cataplasmes souvent renouvelés.

Le soir, à la contre-visite, les coliques sont insupportables; un vomissement au début des pilules; état nauséeux, sans réjections stomacales depuis; selles encore très fréquentes, sanglantes.

Injection hypodermique de 2 centigrammes de morphine dans la région splénique.

Cette injection procure un notable soulagement jusqu'à neuf heures du soir. A ce moment les douleurs reprennent avec une acuité extrême. A deux heures du matin, elles sont si violentes qu'on en fait une seconde. A ce moment les selles étant composées de sang pur, le médecin de garde prescrit un quart de lavement avec 4 gr. d'extrait de ratanhia.

Le restant de la nuit se passe sans trop grandes douleurs.

Le 25 juillet, M. F.... souffre un peu moins, mais de temps en temps ses crises de coliques reviennent très dures et lui arrachent des cris; peau chaude; pouls à 90.

Langue chargée, rouge à l'extrémité; muqueuse buccale, rouge et sèche; phénomène qu'il faut attribuer aux fortes doses d'opium qu'il a prises depuis qu'il est malade; selles toujours sanglantes.

Fragments de glace pour boisson.

Deux bains chauds.

Mêmes pilules d'ipéca et d'opium.

Deux quarts de lavement avec ergotine 1 gr., et extrait de ratanhia 1 gr.

Injection hypodermique.

La journée se passe aussi mauvaise, et voici l'observation tenue heure par heure dès le même soir par le médecin de garde.

Nuit du 25 au 26 juin.

Huit heures soir. Coliques violentes; selles très nombreuses composées de mucosités et d'une grande quantité de sang; ténesme rectal; épreintes; agitation extrême. Trois injections hypodermiques en trois points désignés par le malade comme plus particulièrement douloureux, deux sur l'abdomen à gauche au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque, un troisième au niveau de la base du sacrum correspondant au rectum. 4 centig. de morphine ont été ainsi absorbés et ont déterminé une prompte sédation de la douleur; l'opium a produit une vive excitation passagère des centres nerveux qui s'est traduite par une grande volubilité de paroles, à laquelle a succédé un sommeil profond et réparateur jusqu'à minuit.

Minuit. Retour des coliques, de l'agitation; selles nombreuses, sanguinolentes, douloureuses; cataplasmes laudanisés; potion avec 3 gr. de chloral, 10 gr. alcool de mélisse et 100 gr. d'eau distillée.

Quatre heures matin. Les selles devenant de plus en plus fréquentes et rouges, j'administre en trois prises, à un quart d'heure d'intervalle, une dose de 40 gr. de sulfate de soude. Purgation abondante vers six heures matin; la première garde-robe consiste en une véritable hémorrhagie, près de 500 gr. de sang presque pur; selles suivantes très sanguinolentes, puis de moins en moins rouges, enfin séreuses et bilieuses; peu de mucosités.

La journée du 26 est aussi mauvaise. Continuation des mêmes moyens : glace, injections hypodermiques, grands bains, lotions d'alcoolé de menthe, lavements d'ergotine.

A partir de huit heures soir, agitation considérable; le malade ne peut garder aucune position dans son lit; selles excessivement fréquentes contenant du sang, de la lavure de chair, des débris de muqueuse, peu de bile; les selles sont très fétides, roussâtres d'aspect, quelques grumeaux de matières fécales. Trois injections hypodermiques en avant et en arrière, mais, par suite d'un vice de la seringue-trocart, il n'est injecté qu'environ 1 centigr. de morphine. Potion morphinée à 50 gr. de sirop pour 150. Une demi-heure de sommeil tranquille seulement. La nuit a été moins mauvaise que la précédente; coliques plus modérées; agitation moins grande; la peau est sèche, un peu chaude; le pouls toujours entre 70 et 80; frictions sur les membres avec de l'alcool aromatisé à la menthe; le malade va très souvent à la garde-robe; les selles sont toujours liquides, rougeâtres, avec de nombreux détritus muqueux; pas d'odeur sphacélique appréciable.

Six heures matin. Le malade est assez calme; il éprouve une sorte de bien-être; pouls régulier, si ce n'est que de temps en temps il manque

une pulsation ; peau sèche ; le ventre est souple à droite, mais tuméfié et douloureux à gauche au niveau de l'S iliaque et de la fin du côlon ; même état des selles; malgré la forte dose d'opium administré, le malade n'a pas fermé l'œil de la nuit.

La journée se passe dans un état de dépression de mauvais augure ; quelques selles encore absolument sanglantes, et, le soir à huit heures, la mort survient par syncope sans convulsions.

Autopsie faite dix heures après la mort.

Habitude extérieure. — Sujet de stature moyenne, embonpoint médiocre, rigidité cadavérique marquée, abdomen modérément développé.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Thorax. — Poumons paraissant normaux de prime abord, un peu d'engouement hypostatique et quelques adhérences vers les sommets ; ils pèsent 1,050 gr. ; ils présentent de chaque côté au sommet une cicatrice déprimée comme s'ils avaient porté là une petite caverne. Dans une de ces cicatrices se trouve un tubercule qui a subi la transformation crétacée.

Rien dans le péricarde.

Cœur pesant 300 gr.; contenant dans le ventricule droit un caillot fibrineux rouge qui s'étend jusque dans le tronc de l'artère pulmonaire.

Rien dans le cœur gauche.

Abdomen. — En incisant les parois abdominales comme celles du thorax, on voit qu'il existe sous la peau une couche adipeuse qu'on ne soupçonnait pas de prime-abord.

Pas de trace de péritonite, pas d'épanchement.

Le grand épiploon descend jusqu'à la moitié à peu près de l'espace compris entre le diaphragme et le pubis ; il est assez infiltré de graisse.

La masse de l'intestin grêle peut être partagée en deux portions par la vue, une supérieure dont la coloration est normale, l'autre inférieure qui est de couleur violette très foncée virant au noirâtre.

Le gros intestin est profondément placé dans les hypochondres et comme refoulé sous le diaphragme ; on n'en voit çà et là que quelques parties qui sont colorées en violet foncé et paraissent très malades au premier aspect. En cherchant à le voir par le refoulement des anses d'intestin grêle voisin, on constate qu'à l'angle du côlon transverse avec le côlon descendant il paraît bridé aux tissus placés derrière lui par des adhérences solides, on pourrait de prime-abord croire à un rétrécissement qui cependant n'existe pas. Même disposition, moins accusée à l'angle du côlon transverse et du côlon ascendant.

Le point de l'hypochondre gauche, où l'on a senti une tuméfaction pendant la vie, est occupé par la fin de l'S iliaque ; l'intestin paraît malade, là comme ailleurs, mais pas d'une manière plus accentuée cependant.

Il est à noter que l'intestin grêle est plus adhérent partout qu'il ne l'est ordinairement. Ainsi il est lié avec l'épiploon, l'estomac, le foie, la rate et les parois postérieures du tronc par un tissu cellulo-adipeux, plus dense et plus solide qu'à l'état normal; on dirait qu'il y a eu là une vieille péri-

tonite qui, ayant guéri, a laissé des brides et des adhérences anormales entre les organes.

Le foie est petit, de couleur jaune clair, il a l'apparence cirrhotique. Disons par anticipation qu'à la coupe cet aspect s'est parfaitement vérifié. Il pèse 1,220 gr., y compris la vésicule biliaire qui contient 50 gr. d'une bile de couleur vert foncé assez dense.

La rate pèse 650 gr., elle est volumineuse et présente tout à fait l'aspect du gâteau splénique, elle est de couleur ardoisée à sa membrane d'enveloppe, épaissie et adhérente avec toutes les parties voisines, notamment avec le gros intestin, à l'angle du côlon transverse et du côlon descendant ; c'est cette adhérence plus solide à cet endroit qu'ailleurs qui donnait au premier aspect l'idée d'un rétrécissement qui n'existe réellement pas du gros intestin.

Les vaisseaux afférents qui pénètrent par le hile de la rate sont de calibre normal ; les vaisseaux efférents sont peut-être un peu moins volumineux, et la chose se comprend d'autant mieux qu'on constate qu'il y a trois grosses veines efférentes supplémentaires au-dessus du hile, près du sommet de l'organe. Ces trois grosses veines et deux ou trois petites ont une disposition très curieuse ; en effet, elles se dissocient en sortant de l'organe en un nombre considérable de veinules du calibre variant de celui d'un cheveu à celui d'un gros fil, et même plus ; ces veinules sont rectilignes, n'ayant des flexuosités qu'à leurs extrémités ; elles rampent dans le tissu cellulaire voisin qui est densifié et qui établit des adhérences solides entre la rate, la paroi correspondante du tronc et la face inférieure du diaphragme. Ce lacis veineux, arrivé sur le diaphragme, se termine d'une manière élégante à deux troncs composés chacun de deux veines parallèles ayant le diamètre d'une plume de corbeau, et ces veines vont se jeter dans la veine cave inférieure au niveau de son entrée dans la poitrine.

Cette disposition des veines efférentes de la rate fait comprendre qu'à certains moments il devait y avoir là une circulation veineuse complémentaire, active, et permettant le reflux d'une abondante quantité de sang.

Le tissu de la rate a tout à fait l'aspect du tissu placentaire ou d'un tissu hépatique presque normal, il y a çà et là de petits cylindres pleins et de petits noyaux d'aspect fibreux ; rien par conséquent qui ressemble à la boue splénique de l'accès pernicieux paludéen. M. F.... avait la rate d'un homme impaludé profondément et depuis longtemps.

Les reins ne présentent pas d'altérations appréciables : le droit pèse 120 gr., le gauche 125 gr. ; ils sont peut-être un peu friables, se déchirant plus facilement qu'il ne faut, mais néanmoins à la coupe l'aspect des deux substances paraît normal.

Après avoir examiné avec attention les organes dans leur position naturelle, une incision faite au sommet du thorax divise la trachée et l'œsophage et permet de vider entièrement le tronc tout d'un bloc en coupant les attaches du diaphragme aux côtes et à la colonne vertébrale.

Le tube digestif est alors séparé de ses annexes, étalé sur une table et ouvert à l'aide de l'entérotome.

On peut constater alors que l'estomac porte des arborisations alcooliques nombreuses et manifestes. Le duodénum est sain, ainsi que la première partie du jejunum dans l'étendue de 2 mètres environ. Les valvules y sont apparentes, baignées par un mucus jaunâtre mélangé de bile.

A 2 mètres environ du pylore, l'intestin change de coloration, sans ligne de démarcation ; la muqueuse, qui était pâle jusque-là, devient tout à coup brunâtre, un peu boursoufflée ; cet état va en s'accentuant rapidement, si bien qu'à 10 centimètres au plus bas toute la surface intestinale présente une exsudation sanguine uniforme, le tissu de l'organe semble imbibé par du sang, et à l'ouverture on voit s'écouler une abondante quantité de sang pur et sans mélange d'aucune matière muqueuse, alimentaire, stercorale ou autre.

Après un lavage à grande eau répété plusieurs fois, l'intestin grêle n'a pas perdu sa couleur rouge, qui n'a même pas diminué sensiblement d'intensité. La surface intérieure de l'organe ne présente ni ulcérations, ni érosions, elle paraît normale si on fait abstraction de cette coloration rouge-brun uniforme.

Les limites du gros et petit intestin sont clairement indiquées par une coloration plus intense encore et plus noire que le gros intestin ; là l'organe contient dans toute son étendue une quantité notable de sang fluide épanché qui s'écoule à la coupe ou sort par le rectum.

De prime abord, la surface muqueuse ne paraît pas altérée, et ce n'est qu'après qu'on a enlevé, à l'aide d'un filet d'eau, la couche de sang qui la tapisse, qu'on y voit des lésions apparentes. Ces lésions sont d'innombrables petites ulcérations ovalaires de grandeur variable, depuis le diamètre d'une piqûre d'épingle jusqu'à celui d'une grosse lentille.

Dans le côlon ascendant et transverse, ces ulcérations sont déprimées et leur fond est détergé. Sur le côlon ascendant et le rectum, ces ulcérations semblent être envahies par une matière friable qu'on dirait dyphthéritique si elle était blanche au lieu d'être rouge et qui fait de petites rugosités sur la surface de l'intestin.

Les tuniques intestinales sont d'un rouge vineux, très foncé et parfaitement uniforme, les lavages répétés ne diminuent pas sensiblement l'intensité de coloration. L'exposition à l'air fait passer la couleur du rouge-brun foncé au rouge-cerise, et il arrive alors que la couleur des ulcérations restant plus foncée le gros intestin étalé présente un fond rouge-cerise parsemé d'innombrables points plus noirâtres.

Au niveau de l'S iliaque, là où on avait constaté pendant les derniers jours de la vie une tuméfaction limitée, on voit une ulcération superficielle plus large que les autres, ovalaire de 3 centimètres sur un et demi environ. A ce niveau, le tissu cellulaire est infiltré du côté postérieur d'une substance gélatineuse d'origine inflammatoire; il commençait y avoir là un peu de péritonite de voisinage à peine commençante. La vessie contient une petite quantité d'urine.

Une portion du foie de M. F.... est remise par moi à M. Porte, chef du service pharmaceutique de la colonie, qui l'a analysée d'après la méthode

de M. Béchamp (de Montpellier), et qui n'a pas trouvé dans sa substance la moindre trace de plomb.

Comme on a pu le voir, les analyses chimiques de ces diverses observations ont été faites avec soin par M. le pharmacien de 1re classe Porte, et certes je ne crains pas de m'avancer inconsidérément en disant, d'une part, que M. Porte y a mis tous les soins, d'autre part, que ce pharmacien de la marine est un chimiste habile, un travailleur infatigable et de bonne foi, auquel la science devra, j'espère, plus d'un travail utile et consciencieux.

L'habileté du chimiste étant mise hors de doute, les opérations d'analyse étant rapportées en détail, les preuves de l'absence du plomb paraissent-elles assez concluantes? M'accordera-t-on que, dans les quatre observations que je viens de citer, l'investigation a été poussée assez loin et que le plomb a fait défaut? S'il restait encore un doute, je ne sais vraiment pas comment il faudrait faire et j'aurais le droit de dire, je crois, que si la présence du plomb dans l'organisme peut être tellement insidieuse qu'elle se dissimule devant de pareilles recherches, on peut renoncer, quant à présent, à nier l'influence saturnine dans n'importe quelle maladie que ce soit.

On a dit, je le sais, que, dans quelques cas spéciaux, l'empoisonnement a pu produire des lésions plus ou moins profondes qui ont persisté après la disparition du plomb de telle sorte qu'un individu, dont les organes ne présentaient plus un atome de métal, avait néanmoins conservé des altérations plus ou moins profondes dépendant en réalité du saturnisme. Mais remarquons que cette objection ne peut s'appliquer au cas de M. F..., car les coliques qu'il a eues peu de temps avant sa mort constituent un accident assez aigu pour avoir dû paraître pendant la période active de l'empoisonnement saturnin, si cet empoisonnement eût existé réellement. En d'autres termes, que la paralysie, le tremblement, la chorée, d'autres troubles analogues aient persisté chez des individus longtemps après l'élimination complète du plomb, je ne le conteste pas, mais ces phénomènes sont assez différents de ceux que nous avons indiqués chez l'officier précité pour qu'une comparaison soit possible dans le cas présent.

D'ailleurs, sans discuter plus longtemps sur la manière dont le plomb a été recherché dans telle ou telle circonstance, une idée ne vient-elle pas dominer le débat de prime abord? et en effet, n'est-on pas en droit de se demander pourquoi on nierait l'existence d'une entéralgie non saturnine dans les pays chauds, lorsqu'on ne fait au-

cune difficulté pour admettre tant d'autres névralgies. La Zone tropicale, plus par le fait des brusques variations de température qui s'y passent à chaque instant que par le fait de la présence du paludisme dans beaucoup de ses localités, est le pays par excellence des névralgies ; on ne saurait le nier. Tous les nerfs, peut-on dire, y sont exposés et le nombre des névralgies faciales, sciatiques, intercostales, etc., qu'on voit dans la pratique de tous les jours est considérable vraiment. Or si on ne rattache pas d'une manière absolue les gastralgies, les hépatalgies, les rachialgies, etc., etc., que l'on voit à chaque instant, à l'influence plombique, pourquoi ferait-on une exception à l'égard de l'intestin ? Cette raison me semble si péremptoire que je ne sais comment l'opinion contraire peut être défendue.

Je dirai plus, il me semble qu'en se laissant aller à cet exclusivisme absolu, c'est-à-dire en incriminant aveuglément et toujours toute colique un peu persistante et non justifiée par un flux du ventre ou une altération, soit hépatique, soit rénale, à l'empoisonnement saturnin, on ne suit pas un raisonnement bien médical, qu'on me passe le mot, car prenons un exemple : s'il est une collection de symptômes qui soit rattachée volontiers et très généralement à une même cause, c'est celle qui constitue la fièvre intermittente ; il suffit de constater chez un individu un moment assez prolongé de frissons suivi d'une période de une ou deux heures de durée de chaleur, et enfin une sueur copieuse pour croire dans l'immense majorité des cas à l'impaludation. Mais cependant quel est celui de nous qui, arrivant pour la première fois auprès d'un malade et constatant ces phénomènes, affirmerait sans avoir fait au préalable quelques questions que la maladie est uniquement et toujours le fait de l'empoisonnement malarien ? N'y a-t-il pas des accès de fièvre absolument semblables à ceux du paludisme et cependant reconnaissant pour cause d'autres conditions ? la fièvre uréthrale, celle de l'infection purulente ou putride à tous les degrés et vingt autres, ne sont-elles pas dans ce cas ? Par conséquent si nous n'osons pas être aussi absolus quand il s'agit d'un cas comme l'accès de fièvre qui est si souvent la conséquence de l'empoisonnement malarien, nous ne devons pas l'être quand nous sommes en présence d'un fait aussi variable que la colique intestinale avec une constipation ou, pour mieux dire, avec une absence de flux du ventre assez complète pour mériter le nom de *colique sèche* dans le sens que le vulgaire lui prête, *colique sans évacuation prochaine de selles diarrhéiques.*

Loin de moi la pensée de nier que l'empoisonnement saturnin ne puisse se présenter dans des conditions très extraordinaires, éton-

nantes même; je crois que le saturnisme prend parfois les voies les plus inusitées pour pénétrer dans l'organisme, et le fait de ceux qui se sont empoisonnés par le tabac à priser comme celui de l'intoxication par les pains à cacheter ne me trouvent pas incrédule. Je les admets bien volontiers. J'admets sans aucune hésitation aussi que le saturnisme est plus fréquent, plus facile à se produire dans les pays chauds que dans la zone tempérée, à bord des navires qu'à terre. J'admets en outre, sans restriction, que la grande majorité des cas appelés jadis *colique sèche*, colique végétale, ne sont absolument que des faits d'empoisonnement saturnin. Je ne marchande pas, qu'on le croie bien, mon tribut d'éloges au vénéré Lefèvre, qui a certainement bien mérité de l'humanité entière, en faisant remarquer que tous les malades qui lui arrivaient à l'hôpital de Brest avec le diagnostic colique sèche et avec soit seulement des phénomènes morbides légers, soit aussi des accidents graves ou persistants, n'étaient en somme que des saturnins. Mais cependant une fois cet hommage rendu, ces restrictions faites, je ne saurais nier que, dans nombre de cas, j'ai vu dans la zone tropicale ou sub-tropicale des atteintes de coliques plus ou moins douloureuses, plus ou moins inquiétantes pour le patient, assez sévères parfois pour maintenir le sujet alité pendant plusieurs jours et sans que le saturnisme puisse être incriminé.

Cette question de la *colique sèche* a eu le triste privilège, on le sait, de passionner outre mesure les discussions dans ces dernières années, et je suis vraiment très fâché de n'avoir pas pu me soustraire à l'obligation d'en parler ici, car je ne voudrais ni de près ni de loin soutenir un débat qui pût être désagréable à qui que ce soit. Mais cependant laissant de côté toute question de personne et même reconnaissant, je le répète, sans aucune hésitation la grande, la considérable autorité de ceux qui ont soutenu l'étiologie saturnine pour tous les cas de colique intestinale qu'on rencontre dans les pays chauds, je ne puis arriver à partager leur opinion.

Si je suis parvenu à bien me faire comprendre, on voit que tout en reconnaissant que la grande majorité des faits de colique dite végétale ou sèche signalés par les hommes comme Segond, Fonssagrives et tant d'autres médecins de la marine, ne sont que des faits d'intoxication saturnine, tout en admettant volontiers que les cas où on a constaté l'encéphalopathie, le tremblement nerveux, la paralysie des extenseurs sont des exemples d'empoisonnement plombique, je suis néanmoins persuadé que nombre d'atteintes de coliques observées par mes collègues ou par moi dans les pays chauds sont étrangères au plomb. Et à quelle cause faut-il les

attribuer me demandera-t-on alors? Ici j'ai besoin de m'expliquer. Lorsque j'ai suivi les premiers malades de cette catégorie, j'étais dans le pays paludéen par excellence : la Sénégambie et les sujets étaient impaludés. Je voyais les phénomènes de coliques venir comme cent autres au cours d'une atteinte de paludisme, et me laissant aller à ce que je croyais être la logique des faits, je rattachais naturellement le tout à l'infection malarienne. Je constatais cependant cette particularité que j'avais vu ces coliques survenir assez souvent comme par bouffées, que j'aurais appelées volontiers épidémiques dans certain moments de l'hivernage où la chaleur était plus spécialement fatigante. Depuis, j'ai eu l'occasion de voir à la Martinique les mêmes atteintes de coliques, survenir chez des individus qui ne présentaient certainement pas les attributs de l'impaludation et comme en revanche j'ai constaté la même tendance aux bouffées épidémiques, qu'on me passe le mot, bouffées qui survenaient surtout aux moments où l'atmosphère était chaude désagréablement, où le temps était lourd, etc., etc., je suis disposé davantage à penser que l'influence climatérique joue en eux un rôle autrement plus important que celui de la *Malaria.*

Je n'oserai pas théoriser, et on voit par ce que je viens de dire en indiquant que mon opinion s'est modifiée lorsque j'ai pratiqué à la Martinique au lieu de pratiquer au Sénégal, combien il est prudent de ne pas se laisser aller aux généralisations en fait de pathologie exotique, tant que nous ne posséderons pas des éléments plus complets et plus nombreux sur ces questions encore si obscures. Je n'oserai pas théoriser, dis-je, aussi je me contenterai de mettre seulement en lumière ce fait : c'est qu'un certain nombre d'atteintes des *coliques dites sèches*, qu'on observe dans les pays chauds, doivent ne pas être attribuées à l'intoxication saturnine, et je n'essaierai pas d'indiquer la cause à laquelle il faut les attribuer réellement. J'ai vu ces coliques survenir chez des impaludés et chez d'autres qui n'étaient pas intoxiqués par la malaria, de sorte qu'aujourd'hui, contrairement à ce je pensais au Sénégal, l'influence malarienne ne me paraît pas devoir être incriminée toujours. J'ai constaté que ces atteintes de colique s'observaient de préférence dans les moments où la température était chaude, fatigante, où les variations de température étaient brusques et où le corps éprouvait plus vivement qu'en temps ordinaire des alternatives de chaleur et de refroidissement désagréable. Par conséquent, je suis disposé à mettre la chose sur le compte de ces oscillations thermiques brusques, mais je le ferai dans une extrême réserve de peur de tomber encore dans le même défaut d'appréciation prématurée qui a pu m'être reproché

lorsque j'ai parlé de la *colique sèche* dans mon étude sur les maladies du Sénégal.

On me permettra donc de ne pas insister davantage sur ce point. Je recueille depuis longtemps des documents touchant la maladie dont nous parlons et peut-être pourrai-je un jour les utiliser pour une étude de la colique des pays chauds, que je tâcherai de faire aussi complète que possible ; mais cependant je ne sais si jamais je me résoudrai à entreprendre un pareil travail, et peut-être mon rôle se sera-t-il borné dans la pathologie exotique à signaler à mes contemporains l'existence d'une certaine catégorie d'atteintes qui aurait été englobée à tort, je crois, dans la grande masse des faits de saturnisme très fréquents, j'en conviens, dans la zone tropicale.

Pour ce qui est du traitement, je vais me borner à répéter à peu près textuellement ce que j'ai dit dans mon étude sur les maladies du Sénégal. A part la quinine que je n'ai pas cru devoir mettre en œuvre dans un pays où le paludisme n'avait pas l'intensité que j'avais observée au Sénégal, les mêmes moyens m'ont donné les mêmes résultats favorables.

« *Traitement.*— Quand je me suis trouvé en présence d'une de ces atteintes de coliques, auxquelles le saturnisme me paraît étranger, j'ai prescrit d'abord une potion antispasmodique et calmante : 2 ou 4 grammes d'éther, 10 grammes d'alcoolé de menthe, et 30 grammes de sirop diacodé dans 100 grammes d'eau, à prendre en quatre fois à un quart d'heure de distance ; mais il faut convenir que ce moyen n'a triomphé à lui seul de la douleur que dans un petit nombre de cas.

Un moyen qui a sa grande utilité dans le cas qui nous occupe, c'est le lavement au vin chaud — on met 200 grammes de vin dans une seringue et on le fait absorber au malade à la température aussi élevée que possible, 35, 40, 50 degrés quelquefois. Ces lavements très chauds ont souvent un excellent effet, produisent un calme très favorable presque aussitôt après leur injection, et si leur action est passagère, elle n'est pas moins très utile d'abord, et ensuite, comme rien n'empêche de les répéter à plusieurs reprises, on voit qu'on peut ainsi procurer un soulagement réel au malheureux.

Les bains de siège, aussi chauds que le malade peut les supporter, sont un moyen quelquefois efficace, mais assurément moins utile que les lavements vineux chauds. Je me suis très bien trouvé parfois d'un vaste sinapisme couvrant tout l'abdomen, et mieux encore d'un grand sinapisme qu'on fait suivre immédiatement d'un grand cataplasme fortement laudanisé. C'est le moyen que j'ai em-

ployé en fin de compte concurremment aux lavements vineux très chauds, et je le recommande d'une manière spéciale.

Dès que les douleurs abdominales sont un peu calmées, il faut songer à évacuer l'intestin, car il ne faut pas oublier que, quand l'action purgative sera produite, la complication actuelle disparaîtra. Pour évacuer l'intestin, on a la voie du rectum, par les lavements purgatifs si l'estomac est trop susceptible, mais le mieux, s'il est possible d'y recourir, est un purgatif huileux et particulièrement l'huile de ricin.

Comme l'huile de ricin pure est profondément désagréable à boire, je me suis très bien trouvé de son émulsion préalable ; la formule à laquelle je me suis arrêté, et que j'ai bien souvent indiquée à propos d'autres maladies, est celle-ci : huile de ricin, 30 gr.; alcoolé de menthe, 15 gr.; eau sucrée, 30 gr.; — en agitant le liquide au moment de le prendre, l'aspect huileux disparaît, le goût n'est pas offensé, garanti qu'il est par la force et l'odeur aromatique de l'alcoolé de menthe, et le purgatif peut se prendre sans répugnance aucune. Je dirai plus, quelques malades l'ont pris sans se douter qu'ils étaient en présence de l'huile de ricin contre laquelle ils avaient une répugnance invincible.

J'ai dit qu'au Sénégal j'employais la quinine quand le paludisme me paraissait manifeste ; à la Martinique, je n'ai pas employé le fébrifuge pour les raisons que j'ai indiquées : les grands bains tièdes comme moyen de détendre l'organisme, de faire disparaître la courbature consécutive aux atteintes, tels sont les moyens qui m'ont assez bien réussi pour que je n'aie pas eu besoin de faire autre chose.

Comme je ne parlerai pas ailleurs dans cette étude de la colique véritablement saturnine qui est fréquente à la Martinique, il faut le reconnaître, je crois devoir donner ici quelques indications sommaires sur son traitement ; mais on me permettra d'être très bref pour une maladie bien connue et parfaitement étudiée dans les livres classiques de pathologie. Je dirai tout d'abord que la thérapeutique que je viens d'indiquer contre le symptôme colique est celle que j'ai employée aussi pour la colique saturnine dans la période des douleurs aiguës. Elle m'a donné de bons résultats.

On a préconisé les narcotiques, et particulièrement la belladone, d'une manière spéciale, et nous devons la faire connaître, car elle a rendu à M. Fonssagrives de réels services en 1851-1852. Le médecin de l'Eldorado faisait préparer des pilules de 1 centigramme de belladone et les donnait d'heure en heure jusqu'à cessation des douleurs. Nous avons vu le Dr Beaujean arriver exceptionnellement

jusqu'à 60 centigrammes de belladone en vingt-quatre heures ; le plus souvent 20 à 30 centigrammes suffisaient pour produire une sédation qui permettait l'emploi d'un purgatif et qui était le signal de l'amélioration.

Le purgatif employé alors était l'huile de croton, le plus souvent; je remarquai à cette époque qu'il faut ne pas se presser de l'employer, car il y a pour la constipation un coefficient de temps, pourrait-on dire, qu'il est très difficile de raccourcir.

On a préconisé le chloroforme, tant en potion qu'en lavements ou en inhalations ; je n'en ai fait que rarement usage et je n'ai pas trouvé qu'il eût une utilité bien constatée. La seule manière qui ait paru avoir de l'efficacité a été l'arrosement de l'abdomen avec 5 ou 10 grammes de chloroforme, en ayant soin d'appliquer aussitôt un morceau de flanelle sur la peau et de recouvrir la flanelle par un carré de toile imperméable. Mais remarquons que, dans ce cas, le chloroforme agit seulement comme rubéfiant, et le sinapisme, qu'on fait suivre du cataplasme narcotique, fait aussi bien.

On a préconisé la glace *intus* et *extra*. Employée en petits morceaux contre les vomissements incoercibles, elle peut être une bonne médication des symptômes. Mise sur l'abdomen, elle agit un peu comme rubéfiant indirect, si je puis m'exprimer ainsi. La grande difficulté qu'on a jusqu'ici à se procurer de la glace au Sénégal fait que ce moyen, d'une utilité assez contestable d'ailleurs, peut n'être ndiqué que pour mémoire.

Nous ne dirons rien du fameux traitement de la Charité qui équivaut presque à l'expectation, pourrait-on dire, à cause de l'intervalle mis entre les divers agents actifs qu'il met en usage. Nous n'avons pas d'opinion personnelle sur l'emploi de l'électricité.

Lorsque les accidents primitifs ont cessé et que la convalescence se prononce, le rôle du médecin n'est pas terminé; mais nous donnerions une longueur injustifiée à notre étude si nous nous y arrêtions bien longuement. Lorsqu'au contraire les phénomènes de paralysie se manifestent, les bains sulfureux, le massage, l'électricité sont les moyens à mettre en œuvre; mais pour eux encore, nous ne dirons rien de plus. C'est vers les hôpitaux centraux que ces cas pathologiques sont dirigés, et là le médecin traitant aura toujours d'autres travaux que le présent livre pour instituer un traitement définitif.

ANÉMIE TROPICALE.

L'Européen n'est pas fait pour vivre dans les régions tropicales, de même que le nègre n'est pas créé pour habiter la zone tempérée;

aussi toutes les fois que cette loi est transgressée, la maladie menace l'individu d'une manière plus sévère et plus persistante que d'ordinaire et, soit qu'elle prenne la forme aiguë, soit quelle revête des allures de chronicité, toujours est-il qu'elle semble faire son possible pour punir l'imprudent qui a méconnu ces lois de l'hygiène.

Quand cette inaptitude de l'Européen à vivre dans les pays chauds se traduit par une maladie aiguë, c'est la fièvre amarile légère ou grave, c'est la dysentérie, l'hépatite ou bien une des diverses formes si variées de l'impaludation que l'on voit se manifester, et quand c'est la forme chronique on peut dire que, quelle que soit la localisation des accidents, c'est l'anémie qui domine la scène. Cette anémie succède immédiatement pendant la convalescence à une de ces atteintes plus ou moins sévères, qui touchent les nouveaux arrivés quand la mort n'a pas été la conséquence rapide de la maladie, aiguë ou bien elle s'établit peu à peu, mais d'une manière assurée, et arrive graduellement à mettre l'individu dans en état de santé si précaire qu'il reste exposé à tous les dangers imaginables, et constitue une proie aussi facile que peu défendue pour la terminaison funeste : la mort.

Si telle est la loi générale, on aurait tort cependant de croire qu'elle est absolue partout, et toujours. En effet, les divers pays de la zone tropicale ne sont pas tous également sévères, et surtout sévères dans une même durée de temps pour les Européens; car même dans les localités les plus malsaines, on voit des organisations privilégiées résister d'une manière plus ou moins heureuse, parfois si bien qu'on est à se demander s'il n'y a pas pour elles une immunité spéciale; si cette loi de l'inaptitude de l'Européen ne comporte pas des exceptions vraiment complètes.

La Martinique est un des points de la zone tropicale où l'Européen peut le mieux résister à cette influence qui attente à son existence, car si, par un concours heureux de circonstances, il ne se trouve pas frappé par une de ces maladies amariles ou paludiques, qui viennent si souvent à bout du sujet le plus vigoureux; si par des précautions et des habitudes d'hygiène convenables, il ne fournit pas une proie à la dysentérie et l'hépatite, il à des chances de conserver la plénitude de sa santé, de telle sorte, qu'après dix, vingt, trente ans de séjour par exemple, il présentera encore les attributs de la force, de la sanguification pléthorique qu'on rencontre dans les pays de la zone tempérée. Je désire insister sur cette particularité, car c'est faute de l'avoir suffisamment mise en lumière, que les médecins qui ont écrit sur les pays chauds, se sont exposés à

voir la preuve contraire de ce qu'ils disaient leur être opposée avec une telle évidence qu'ils ne pouvaient plus soutenir la discussion. Donc, comme tous mes prédécesseurs, je reconnais volontiers que l'Européen qui va dans les pays chauds y rencontre des affections aiguës, ou une anémie qui menace plus ou moins prochainement son existence, mais m'occupant en particulier de la Martinique, j'ajoute, si telle est la loi commune, il faut reconnaître que nombre de ces Européens peuvent échapper aux étreintes de ces maladies aiguës comme à l'action de cette anémie.

Ceci étant dit, on me permettra de ne pas entrer dans le détail des causes qui produisent l'anémie dans les pays chauds, il y a longtemps, que des écrivains de mérite, ont fait cette peinture d'une manière assez satisfaisante pour que je puisse m'en dispenser. Insisterai-je sur la symptomatologie de l'anémie? C'est inutile aussi. La pâleur de la face, à elle seule, met si souvent sur la voie du diagnostic, qu'on pourrait presque ne signaler que ce phénomène ; mais cependant, ici comme toujours, on peut dire que rien n'est absolu, et en effet, si cette pâleur de la face indique un apauvrissement du sang, il n'en est pas moins vrai que bien des maladies chroniques peuvent la revendiquer. La chose est si générale même, que le mot anémie est devenu vulgaire, et si vague, qu'il ne veut plus rien dire dans la nosologie des climats tempérés. On s'entend mieux heureusement quand on parle de l'anémie des pays chauds, et c'est pour cela que j'ai conservé avec soin dans le titre de l'affection qui nous occupe, le nom d'anémie tropicale.

L'anémie tropicale débute de deux manières bien distinctes, avons nous dit : 1° à la suite d'une maladie aiguë ; 2° par le seul fait du séjour prolongé dans le pays. Le premier cas se comprend si bien, qu'on peut le laisser de côté et peindre la maladie naissant dans la seconde condition.

Soit qu'une série de petites indispositions, que la nostalgie avec ses diverses formes que des excès de divers genres, ou enfin, que seulement les progrès du temps aient mis l'Européen sur la mauvaise pente, on voit en même temps que la pâleur de la face, survenir une diminution dans l'appétit, ou bien une faiblesse des fonctions digestives qui font que le sujet n'ose s'alimenter aussi complètement que par le passé, et l'évolution de l'anémie tropicale est commencée désormais. Cette évolution sera plus ou moins rapide, plus ou moins accentuée, arrivera plus ou moins loin, avec ou non des temps d'arrêt, des améliorations passagères et des résultats, et on voit le sujet parcourir ainsi une gamme qui peut aboutir à la mort, soit par l'aggravation graduelle des divers phénomènes primitifs, soit par une

atteinte intercurrente qui vient précipiter le dénouement funeste en laissant un individu sans défense et sans moyen de réaction.

Dans mon *Étude sur les maladies du Sénégal,* je suis entré à diverses reprises dans divers détails au sujet, soit de la symptomatologie, soit de l'étiologie, soit du diagnostic de l'anémie tropicale; il me paraît inutile d'y revenir en ce moment, et je demande au lecteur de ne plus m'occuper ici que du traitement, le renvoyant pour tous les détails que je vais négliger, au livre précité.

Traitement. — Le traitement de l'anémie n'est pas difficile à tracer en théorie, mais on s'abuserait fort si on croyait qu'il est toujours inefficace quand on le met en pratique, et en effet, si la Martinique moins sévère que le Sénégal pour les Européens, voit assez souvent la guérison de l'anémie guérir sur place, par le seul emploi des agents thérapeutiques, il ne faut pas oublier que, dans nombre de cas, le rapatriement est le seul moyen capable de faire récupérer la santé.

Ce rapatriement sera donc le moyen extrême auquel le médecin devra songer quand il se trouvera en présence d'un cas rebelle; il suffit de dire que c'est lui qui devra être mis en pratique résolûment et suffisamment de bonne heure sans avoir à entrer dans de plus longs détails à son sujet.

La forme topographique de l'île plaçant à quelques kilomètres à peine du littoral des hauteurs de 4 à 800 mètres, c'est-à-dire des points où la température est assez fraîche pour rappeler quelque peu la zone tempérée, a fait songer de bonne heure à faire bénéficier sur place des avantages d'un changement de climat, ceux qui sont fatigués par la chaleur constante du littoral. L'habitude a été prise si bien, et si généralement dans le pays, qu'on entend à chaque instant parler d'un changement d'air; on peut dire même, qu'il est peu de créoles, même parmi les plus complètement mélaniens, qui ne montent dans les hauteurs une ou deux fois par an pour respirer dans un milieu plus favorable à l'hématose. La chose est poussée à l'excès, et je mets mes successeurs en garde contre cet engouement, tout en reconnaissant que, dans certaines circonstances, l'envoi d'un individu anémié dans les hauteurs, peut avoir un bon résultat pour sa santé.

Pourquoi l'envoi dans les hauteurs, d'un individu fatigué par la chaleur du littoral, ne produit-elle pas tous les bons effets qu'on serait en droit d'attendre d'une manœuvre qui, *à priori*, semble pouvoir être comparée à quelque chose d'analogue au retour dans la zone tempérée? La chose se comprend facilement, le climat du littoral de la Martinique est extrêmement humide en même temps que

chaud, de sorte que, pour placer dans de bonnes conditions les individus qui sont fatigués par lui, il faudrait les placer dans un milieu sec et frais. Or, malheureusement dans les petites Antilles, l'humidité est en raison directe de l'altitude, s'il pleut comme un sur le littoral, il pleut comme deux dans les hauteurs, s'il pleut un jour, deux jours sur trois au bord de la mer, il pleut trois jours sur quatre dans les montagnes, et enfin, si les brouillards humides sont rares dans les lieux comme Fort-de-France et Saint-Pierre où habitent les Européens, ils sont constants au delà de 400 mètres d'altitude. Aussi, il en résulte qu'en envoyant dans les stations de convalescence les individus anémiés, on ne les met que dans un milieu frais et humide, au lieu de les placer dans un endroit sec en même temps que frais, et cela suffit pour que la santé ne soit pas récupérée.

En outre, il ne faut pas oublier que les individus bien portants jusque-là qui montent dans les hauteurs de la Martinique sont sujets à y rencontrer des rhumatismes; de son côté, le ventre prend, dans ces localités, une susceptibilité extrême et tel qui n'avait jamais eu de flux intestinal sur le litoral, se trouve bientôt attaqué par la diarrhée ou la dysentérie dans les hauteurs. A plus forte raison ceux qui ont le ventre sensible aux variations de température et d'humidité, les convalescents de diarrhée et de dysentérie sont voués à des rechutes très graves dès qu'on les envoie dans les hauteurs.

En 1843, la fièvre jaune régnant depuis 1838 aux Antilles, on songea à envoyer la garnison au camp dit des Pitons, entre Fort-de-France et Saint-Pierre, par 500 mètres d'altitude, et il y eut dans ce camp, en 1844, une épidémie de dysentérie si grave et si générale qu'on fut obligé de faire retourner les troupes sur le littoral. On trouva que la fièvre jaune du bord de la mer était moins redoutable que la dysentérie des hauteurs.

Pendant que j'étais à la Martinique, j'ai vu nombre d'exemples montrant combien il est dangereux pour ceux qui ont le ventre susceptible, d'aller dans les hauteurs, et j'ai conservé dans ma mémoire, entre cent, le fait suivant qui est frappant : un sous-officier des douanes, mulâtre du pays, demande à monter *aux Pitons*, pour y changer d'air; il était relativement bien conservé et paraissait avoir de longues années à vivre encore, il eut bien soin de cacher qu'il était souvent tourmenté par une diarrhée chronique, sachant bien que si je connaissais ce détail je ne voudrais jamais lui accorder ce qu'il considérait comme une faveur; il monta donc *aux Pitons*. Huit jours après à peine, il était atteint de dysentérie et quand il redescendit à l'hôpital pendant la semaine suivante, ce

fut pour y mourir. Donc, j'estime que, si dans certains cas l'habitation dans les hauteurs peut réconforter les individus affaiblis à la Martinique, il ne faut sous aucun prétexte envoyer dans ces hauteurs ceux dont le ventre présente la moindre susceptibilité.

Le traitement pharmaceutique de l'anémie a été formulé tant de fois et par tant d'auteurs que je n'ose vraiment pas m'appesantir sur lui ; l'arsenic, puis les ferrugineux, le quinquina sont les moyens mis en pratique le plus souvent. J'ai une sympathie toute particulière pour le premier, je n'emploie les ferrugineux que d'une manière très modérée et je ne crois aux bons effets du quinquina que lorsqu'il est pris dans certaines conditions et sous certaines formes, car si la décoction édulcorée du cinchona prise par petites verrées, dans le moment où l'estomac contient assez d'aliments pour que le tannin ne pince pas sa muqueuse, cette décoction, prise intempestivement, fait, je crois, plus de mal que de bien. Quant au vin de quinquina, j'ai fait son procès assez souvent pour espérer que mes successeurs renonceront à l'employer dans un grand nombre de cas ; en effet, si un peu de vin de quinquina pris après le repas produit un bon effet, le vin de quinquina pris avant le repas à jeun et et à doses relativement élevées est un poison alcoolo-tannique qui n'a peut-être jamais guéri personne et qui a tué des quantités innombrables d'individus.

Les aliments réparateurs font très bien dans le traitement de l'anémie, mais le difficile est de parvenir à les ingérer, aussi la recommandation à faire n'est pas d'employer tel ou tel d'entre eux de préférence, mais de chercher les moyens de les faire accepter par les malades.

On me permettra de ne pas insister plus longtemps sur le compte de l'anémie ; ce que j'ai dit à son sujet, soit en m'occupant de la fièvre mélanurique et des maladies des Européens au Sénégal quand je me suis occupé de la pathologie de la côte occidentale d'Afrique, et ce que j'ai écrit plus récemment dans mes études sur la fièvre dite inflammatoire et la fièvre jaune des Antilles, me dispense d'ajouter quelque chose ici.

TÉTANOS.

Le tétanos est assez fréquemment observé à le Martinique, et bien que les nègres fournissent un contingent beaucoup plus considérable que les blancs il n'est pas rare de voir ceux-ci atteints, soit par le tétanos traumatique, soit, mais plus rarement, par le tétanos spontané.

En feuilletant les rapports de mes prédécesseurs j'ai trouvé nombre

d'observations prouvant : 1° la fréquence de la maladie ; 2° la possibilité de la guérison peut être plus fréquente qu'en Europe, et enfin pendant mon séjour à la Martinique j'ai vu dans les salles de l'hôpital de Fort-de-France quelques atteintes guéries assez bien pour venir corroborer cette opinion. Voici l'observation la plus remarquable.

Observation XV.

Tétanos traumatique.

Imbert, Dominique, âgé de 33 ans, né à Montferrand (Gers), brigadier de gendarmerie à la Rivière-Blanche, dans la colonie depuis 5 ans, entré à l'hôpital le 25 novembre 1875, sorti guéri le 20 janvier 1876.

25 novembre 1875. Le 13 de ce mois, ce militaire a fait une chute en poursuivant un prisonnier pendant la nuit, et a été blessé à l'aine gauche par un tronçon de branche coupée en biseau. Quelques jours après, *phlegmon* et abcès au lieu de la blessure. Depuis le 20, ont commencé à paraître les premiers signes de raideur et de douleur aux mâchoires, symptômes qui sont allés chaque jour en augmentant. A l'entrée à l'hôpital, 25 novembre, trismus très prononcé, l'écartement des mâchoires laisse à peine un intervalle d'un centimètre entre le bord libre des dents ; de temps à autre, quelques secousses spasmodiques douloureuses dans les masséters ; la parole et la déglutition sont embarrassées, les muscles orbiculaires des paupières sont également contractés, ce qui fait paraître le globe oculaire plus petit et donne une expression toute particulière à la physionomie. Il n'y a pas d'autre contraction spasmodique dans d'autres appareils musculaires soit du tronc, soit de l'abdomen ; les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité de la tête se font avec l'étendue ordinaire et sans douleur. Peau bonne, pouls à 90, pas de selle depuis 5 jours, urines libres. L'abcès de l'aine ouvert avec le bistouri donne issue à environ 100 grammes de pus bien lié.

Prescription du 25. Infusion de feuilles d'oranger ; lavement purgatif : séné 30 gr., sulf. soude 60 gr.; pot. choral 6 gr.; frict. pom. merc. bellad. et catapl. à l'aine.

26. Le malade a un peu dormi, l'écartement des mâchoires est un peu plus grand, un peu plus d'un centimètre ; depuis la nuit, les petites secousses convulsives des masséters ont disparu, les yeux paraissent un peu plus grands, parole et déglutition plus faciles ; pas de contraction dans les muscles du thorax, ni de l'abdomen ; peau toujours bonne, pouls un peu plus fréquent, 96 ; il y a eu deux selles à la suite du lavement purgatif ; urines ordinaires.

P. bouillon et tapioca ; f. oranger ; pot. chloral 8 gr.; frict. merc. bell. et catapl.

27. Même état général, même raideur des mâchoires, pas plus d'écartement, pas d'autre contraction dans d'autres appareils musculaires, pas de sueur, pas d'hypnotisme ; peau bonne, pouls à 96, pas de selle, urines nor-

males. A partir de ce jour, le tracé sphygmographique de la radiale et la température dans la bouche ont été pris régulièrement matin et soir. T. le matin 39,3, le soir 39,5.

P. Bouillon, tapioca ; f. oranger ; pot. chloral 10 gr.; lav. avec T[re] d'assa-fœtida 30 gr.; frict. bell. et catapl.

28. A la visite d'hier soir, 8 heures, transpiration abondante, sommei profond, pouls à 84. Ce matin, l'amélioration persiste, l'écartement des mâchoires est un peu plus considérable, il est de près de 2 centimètres ; peau bonne, pouls à 90 ; une selle après le lavement ; urines régulières. T. le matin 38,3, le soir 38,9.

P. Bouillon, tapioca ; f. oranger ; pot. chloral 4 gr.; lav. avec assa-fœtida 30 gr.; frict. et catapl. au sup. Soir, pot. avec ext. opium 0,20 c.

Depuis hier soir, la raideur des mâchoires est redevenue plus forte et plus douloureuse, le pouls est plus serré. Dans la nuit cependant, sommeil, transpiration assez abondante, mais les mâchoires restent plus serrées ; pouls à 92, pas de selle, urines ordinaires ; tous les autres appareils musculaires restent toujours indemnes. T. 39.

P. Bouillon, tapioca ; f. oranger ; pot. ext. opium 0,50 c.; lavement avec assa-fœtida 30 gr.; frict. simple de laine.

30. Cette nuit, pas ou peu de sommeil, transpiration assez abondante, la douleur des mâchoires a diminué, et cependant leur écartement est moins prononcé ; pouls à 90, peau moite et douce, pas de selles, urines normales. Soir, détente marquée ; sueur continue ; pouls à 80 ; écartement des mâchoires plus facile. T. matin et soir 38,4.

P. Bouillon, tapioca ; f. oranger ; pot. ext. opium 0,50 c.; pot. chloral 6 gr.; 2 lav. assa-fœtida 30 gr.

1[er] décembre. Sommeil cette nuit ; ce matin, peau chaude, hâlitueuse ; pouls à 96 ; pas de douleur aux mâchoires ; même écartement qu'hier ; pas de selles, miction difficile.

P. Rég. à vol.; q. vin vieux ; f. oranger ; huile de ricin 30 gr.; pot. ext. opium 0,50 c.; pot. chloral, 6 gr.; 1 lav. avec assa-fœtida 30 gr.; frict. huile ric. flanelle. Soir à 2 heures, bain de vapeur.

2. Pas de changement sensible dans l'état du malade ; même état de la peau et du pouls ; même trismus ; pas de selles, pas d'urines depuis hier. T. 38,9 le matin, 39 le soir.

P. Rég. à vol.; q. v.; f. oranger ; pot. extr. opium 0,50 c.; pot. chloral 6 gr.; 2 lav. avec assa-fœtida 30 gr.; frict. de flanelle ; bain de vapeur.

3. Somnolence toute la nuit ; peau chaude, couverte de sueur ; pouls à 100 ; un peu plus d'écartement des mâchoires ; une selle et urines plus ibres. Même T. qu'hier.

P. Rég. à vol.; q. v.; f. oranger ; pot. ext. opium 0,25 c.; pot. chloral 3 gr.; 2 lav. T[re] assa-fœtida 30 gr.; bain de vapeur.

4. A peu près même état qu'hier, assez bon sommeil. T. 38,4 et 38,6. Cette nuit, pas de douleurs aux mâchoires, mais elles ne s'écartent pas davantage. Peau douce et moite ; pouls à 92 ; une selle ; pas d'urine depuis la visite d'hier soir.

P. Même régime et même prescription qu'hier.

5. Même état général et local ; pouls à 96 ; même trismus. Les potions à l'opium et au chloral sont suspendues.

P. Rég. à vol.; q. v.; frict. b. tranquille ; 2 lav. T^{re} assa-fœtida 30 gr.

6 décembre. Avec la suppression de l'opium et du chloral, le trismus a graduellement augmenté d'intensité. Ce matin, l'écartement des mâchoires est impossible, du reste pas de secousses convulsives. Il n'y a pas d'autre appareil musculaire pris ; une selle hier ; urines ; peau moite et douce ; pouls de 80 à 90, mais très irrégulier, il y a des intermittences toutes les 8 ou 10 pulsations. T. 38,8 le matin, 39,1 le soir.

P. Rég. à vol.; q. v.; f. oranger ; pot. ext. d'opium 1 gr. et chloral 12 gr. 2 lav. assa-fœtida 30 gr.; bain de vapeur à 2 heures.

7. Amélioration ce matin, détente assez marquée, peau hâlitueuse, pouls à 100, sans irrégularité, une selle, urines abondantes. T. 38,2 matin et soir.

P. Rég. à vol.; un v.; f. oranger ; pot. ext. d'opium 1 gr. 50 et chloral 12 gr.; 2 lav. assa-fœtida 30 gr.; friction.

8. La détente continue, rien de particulier à noter.

P. Rég. à vol.; un v.; même prescription.

9. Même état satisfaisant.

P. Même prescription.

10. Amélioration progressive ; écartement des mâchoires de plus en plus considérable.

P. A vol.; un v.; f. oranger ; pot. opium 0,50 c. et chloral 4 gr.; 2 lav. assa-fœtida 30 gr.; frict.

11. Depuis hier soir, grande agitation, idées délirantes, probablement sous l'influence des hautes doses d'opium et de chloral. Ces potions sont suspendues. Le pouls est plus fréquent à 116. T. 39,2 matin et soir.

P. A vol.; un v.; f. oranger ; 2 lav. assa-fœtida 30 gr.

12. Ce matin, pouls plus calme 96 ; peau bonne, mais le trismus est plus considérable ; un peu de douleur aux mâchoires, dont l'écartement est moins grand ; une selle et urines ordinaires. T. 38,6.

P. A vol.; un v.; f. oranger ; pot. opium 1 gr. et chloral 8 gr.; 2 lav. 1re assa-fœtida 30 gr.; frict.

13. Détente bien marquée avec la reprise de la médication.

P. Même régime et même prescription.

14. La détente se maintient.

P. Même régime ; pot. opium 0,60 c. et chloral 6 gr.; 2 lav. assa-fœtida 20 gr.

15. Même état satisfaisant, nuit bonne, sommeil calme ; pas de douleur aux mâchoires dont l'écartement est d'environ 3 cent.; peau hâlitueuse ; pouls à 100 ; 2 selles et urines. T. 37,8 le matin, 38 le soir.

P. A vol.; un v.; f. oranger ; pot. opium 0,50 c. et chloral 5 gr.; 2 lav. assa-fœtida 20 gr.; frict.

16. Même état général et local satisfaisant ; même pouls à 100 ; selles et urines ordinaires.

P. A vol.; un v.; f. oranger; pot. opium 0,40 c. et chloral 4 gr.; 2 lav. assa-fœtida 20 gr.; frict.

17. Rien de particulier à noter.

P. Même prescription ; un seul lav. assa-fœtida, 20 gr.

18. Depuis hier soir, selles nombreuses, muco-bilieuses ; il y a eu aussi des vomissements, hoquet ; le trismus a cependant beaucoup diminué et l'écartement des mâchoires est d'environ 3 cent.

P. A vol.; un v.; f. oranger ; pot. opium 0,40 c.; frict.

19. Le nombre des selles a diminué ; pas de vomissements ; pouls à 92 ; le trismus continue à décroître très sensiblement. Le malade accuse de la dysphagie.

P. Même prescription qu'hier.

20. Même état ; la difficulté de la déglutition persiste et a même augmenté.

P. Bouillon concentré ; 3 tasses jus de viande ; viande hachée ; un v.; f. oranger ; pot. opium 0,40 c.; frict.

21, 22, 23, 24. Même gêne de la déglutition, la peau est douce et moite, le pouls souple à 84, les selles et les urines sont ordinaires.

P. Même régime ; pot. opium 0,30 c.; frict.

25, 26, 27. La dysphagie a cessé ; sentiment de chaleur âcre à l'estomac.

P. A vol.; un v.; f. oranger ; frict.

28. Mauvaise journée ; le malade a beaucoup souffert de l'estomac et a eu plusieurs vomissements ; ce soir il est assez bien.

P. Q. à vol.; un v.; f. oranger ; frict.

29, 30, 31. Le mieux d'hier soir persiste et va en s'affermissant de plus en plus.

P. Comme hier.

1er janvier 1876. Le malade peut être considéré comme entré en bonne et pleine convalescence ; l'appétit s'est vivement réveillé, le sommeil est calme.

P. Q. à vol.; un pain, un vin ; f. oranger ; frict.

3. P. M. ration ; 3/q de vin ; orge.

5. P. 3/q ration ; 3/q de vin ; orge.

20. Le malade est envoyé à l'établissement thermal du Prêcheur.

Cette observation est remarquable à plusieurs titres : 1° par la longue durée et la ténacité des symptômes tétaniques qui se réveillaient avec la plus grande rapidité dès que la médication était suspendue ; 2° par l'administration de hautes doses d'opium et de chloral dont l'intolérance s'est traduite une première fois par des accidents cérébraux, agitation, délire ; une seconde fois par des accidents gastro-entériques, sentiment d'ardeur à l'estomac, vomissements, selles muco-bilieuses. La dysphagie des derniers jours est certainement sous la dépendance de la même cause ; ce qui le prouve, c'est que la détente des derniers symptômes du trismus marchait parallèlement avec la progression de la dysphagie.

Pendant la durée du traitement, du 25 novembre au 25 décembre suivant, le malade a pris 127 grammes de chloral en 20 jours ; 13 gr. 50 c.

d'extrait d'opium en 25 jours; 980 grammes de teinture d'assa-fœtida en injections rectales, et cinq bains de vapeur.

Dans mon *Étude sur les maladies du Sénégal*, je me suis occupé (t. I[er], p. 208.) du tétanos que j'ai observé à la côte occidentale d'Afrique; je n'ai rien de plus à dire au sujet de ce que j'ai vu à la Martinique, aussi pour ne pas donner à mon étude actuelle une longueur injustifiée n'ajouterai-je rien à ce que j'ai dit dans le travail précité.

CHAPITRE XII

Fièvres éruptives et typhoïde.

Dans les tableaux statistiques que j'ai fournis précédemment, j'ai distingué, on s'en souvient, une classe de maladies que j'ai appelée : *fièvres éruptives et typhoïde ;* j'ai cru devoir la classer seulement en cinquième ligne alors, préoccupé davantage du nombre des atteintes et aussi pour montrer au lecteur, d'une manière bien saillante, le grand dualisme des constitutions médicales qu'on observe à la Martinique : influence amarile, influence catarrhale. Mais si je n'avais eu en vue que la nature des maladies et leurs affinités, j'aurais dû parler de ces fièvres éruptives, et la fièvre typhoïde aussitôt après la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune, car, dans bien des cas, il y a, en effet, un tel voisinage de phénomènes morbides qu'il est très difficile de dire où s'arrête l'une et où commence l'autre. C'est au point que les esprits les plus sages se sont laissés souvent aller à des interprétations erronées à ce sujet, ce qui, à mon avis, est la meilleure preuve qu'on puisse donner et de l'analogie qui existe entre ces diverses atteintes et aussi de l'extrême difficulté qu'il y a dans plus d'un cas à bien distinguer ce qui appartient à chacune d'elles en particulier.

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Les fièvres éruptives ne seraient pas fréquentes à la Martinique si nous nous tenions aux seules indications données par les tableaux statistiques que nous avons présentés précédemment, mais en songeant à la nature essentiellement épidémique de ces maladies, en se souvenant que, lorsqu'une épidémie s'est montrée, on s'est hâté d'isoler les individus soit au lazaret, soit dans certains établisse-

ments disposés éventuellement pour cet effet, afin de garantir le restant de la garnison, on comprend très bien que la statistique précitée, qui ne porte que sur les entrées à l'hôpital, ne pouvait nous donner qu'une idée inexacte de la fréquence de ces fièvres éruptives dans la colonie.

De plus, n'oublions pas de faire remarquer que les vaccinations fréquentes des troupes de la garnison devaient avoir pour résultat de diminuer les chances de propagation de la variole, et que, d'autre part, les militaires et les marins ne constituent pas un aliment aussi favorable que certaines catégories de la population civile pour les fièvres éruptives autres que la variole, de sorte qu'il faut considérer que, toutes choses égales d'ailleurs, les hôpitaux militaires sont un théâtre où on les voit moins souvent apparaître.

Il est un autre point de la question qu'il ne faut pas négliger de mettre en lumière, et sur lequel je veux appeler l'attention du lecteur d'une manière spéciale ; c'est qu'en réalité certaines fièvres éruptives sont assez rarement observées depuis quelques années à la Martinique. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le chapitre afférent à la chronologie pour en avoir la preuve, et la chose est assez remarquable pour qu'on s'en demande la raison, car les fièvres éruptives étant assez communes au Nouveau-Monde, particulièrement dans l'archipel Antillien, on peut à bon droit être étonné de l'immunité si heureuse dont la colonie a joui surtout depuis quelques années.

Il n'est pas difficile de dire le mot de l'énigme : l'heureuse immunité de la Martinique est due uniquement à ce que la surveillance sanitaire y est faite avec soin et parce que depuis un assez long temps on met en pratique rigoureusement les précautions quarantenaires.

Pour n'en donner qu'un exemple entre mille, je dirai que, pendant les deux années où j'ai dirigé le service médical de la colonie, je me suis attaché, avec la rigueur et l'attention les plus extrêmes, à mettre en quarantaine toutes les provenances suspectes ; j'ai fait pratiquer les épurations sanitaires avec le plus grand soin, et alors que Porto-Rico, que Saint-Domingue, que la Havane et maintes autres îles plus ou moins voisines étaient sévèrement touchées par la variole, nous n'en n'avions pas un seul cas dans l'île.

Je pourrais ajouter que ces applications des quarantaines et des épurations nous ont garanti aussi, j'en suis persuadé intimement, de l'invasion de la fièvre jaune.

Je dois ici faire une digression pour mettre en garde mes successeurs contre certaines chances d'insuccès de leurs mesures, contre certaines tentatives d'intimidation qui ne manqueront pas d'être

dirigées contre eux lorsqu'ils voudront comme moi faire appliquer les mesures de protection sanitaire : Le temps que j'ai passé à la Martinique n'a été, à vrai dire, qu'une lutte acharnée entre cent assaillants et moi. J'ai réussi à rendre toutes ces tentatives stériles, il est vrai, mais que d'efforts n'a-t-il pas fallu faire? Plus d'une fois même j'ai dû recourir à l'autorité du Gouverneur de la colonie, disant sans hésitation et de la manière la plus explicite que, si telle mesure dont je réclamais l'application n'était pas prise, je déclinerais toute responsabilité. Je suis persuadé qu'il n'a pas fallu moins que ces extrémités pour me faire avoir gain de cause en maintes circonstances.

Certes, il y eut alors bien des passions plus ou moins acrimonieuses mises en jeu, et l'âpreté de la lutte a pu obscurcir, à quelques intéressés, le but que poursuivaient ceux qui avaient mission de prendre les décisions en matière sanitaire; mais aujourd'hui que le temps a calmé les petites douleurs d'amour-propre ou les petites pertes d'argent provoquées par les quarantaines et les épurations sanitaires, je suis convaincu que tel qui fut l'adversaire acharné de la protection quarantenaire est convaincu désormais de leur utilité. Quant à moi, la pensée que j'ai très probablement sauvegardé la vie de nombreux individus me fait envisager ma campagne à la Martinique comme une expérience sur une vaste échelle et très concluante touchant l'efficacité des mesures de précaution.

La population martiniquaise qui se souvient du lourd impôt de sang qu'elle a payé en diverses circonstances aux fièvres éruptives et d'ailleurs aux maladies épidémiques et contagieuses, aura, j'espère, toujours le bon sens d'appuyer moralement les efforts de mes successeurs comme elle m'a appuyé. Et tant qu'elle sera dans les idées où je l'ai trouvée et laissée, je suis convaincu qu'elle aura moins à souffrir que ses voisines moins prudentes des chances d'épidémies qui la menacent très souvent.

Les fièvres éruptives qu'on observe le plus souvent à la Martinique sont la variole, la rougeole, la scarlatine, la dengue et quelques autres fièvres avec éruption cutanée qui n'ont été encore que très incomplètement étudiées.

Dans le travail actuel, je ne puis avoir la prétention ni de les étudier toutes, ni même de faire une histoire nosographique complète de celles dont je parlerai, car, qu'on ne s'y méprenne pas, mon but n'est que de signaler au médecin les affections qu'il peut rencontrer dans sa pratique à la Martinique. Les maladies de divers climats tempérés, que nos ouvrages classiques décrivent avec tant de soin et de succès, ne peuvent être, de ma part, que l'objet de

quelques mots rapides, car il me faut réserver mes descriptions étendues pour les affections de la zone torride, moins bien connues et dont l'étude a été moins vulgarisée jusqu'ici.

Variole.

La variole est venue à maintes reprises prélever un impôt plus ou moins lourd sur la population de la Martinique. C'est toujours du dehors qu'elle a été apportée, jamais il n'a été démontré qu'elle se fût développée de toutes pièces sur place, et il est parfaitement prouvé que les mesures d'isolation ont été efficaces pour la faire cesser rapidement, de sorte que l'on peut considérer la Martinique : 1° Comme un pays où la maladie ne se développe jamais spontanément ; 2° Comme une contrée où les mesures quarantenaires extérieures et intérieures peuvent être tentées avec grand espoir de succès dans le cas de menace d'épidémie.

Nous ne savons pas grand'chose des épidémies de variole dont la Martinique a été le théâtre dans les siècles précédents, mais il est incontestable que la maladie y a été maintes fois observée ; on sait qu'elle était très fréquente autant que meurtrière quand on ne connaissait pas l'admirable moyen prophylactique découvert par Jenner.

Thibault de Chanvalon nous apprend qu'en septembre 1750 la variole fut apportée à la Martinique par un navire négrier ; elle y fit de nombreuses victimes et dura pendant longtemps. Il est plus que probable qu'elle s'y est montrée maintes fois à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci ; mais les événements de guerre, dont la colonie fut le théâtre à cette époque, a fait oublier bien de ses atteintes qui, pour cette raison, ne sont pas venues jusqu'à notre connaissance.

Nous avons des renseignements plus précis sur les apparitions de la variole à la Martinique à partir de 1820, époque à laquelle remontent les rapports mensuels des chefs de service de santé de l'île ; et, dans le courant de janvier 1830, il y a notamment l'indication de quelques cas qui furent très probablement apportés par un navire et qui ne se propagèrent pas dans la population.

En janvier 1831, la variole apparut à Saint-Pierre et y fit des victimes jusqu'au mois de mai, moment où, par la vulgarisation de la vaccine, on la vit diminuer et même disparaître. En mars, elle se montra à Fort-de-France, où elle sévit avec des alternatives de plus et de moins dans la fréquence des atteintes jusqu'au mois d'octobre.

En mars 1832, un brick américain l'apporta de nouveau à Saint-

Pierre, mais les mesures de prudence, employées aussitôt sous l'empire du souvenir des désastres de l'année précédente, firent que la maladie ne se propagea pas.

En février 1836, un navire américain, ayant la variole à bord, fut admis en libre pratique au bourg de la Trinité et transmit la maladie qui alla de proche en proche dans toute l'île, atteignant gravement un nombre d'individus et provoquant plusieurs décès; elle se montrait à Saint-Pierre en juillet, et on ne constata sa disparition définitive qu'en juin 1837. Cette épidémie, qui a laissé de lugubres souvenirs dans la population martiniquaise, fut bien étudiée à l'époque par M. Rufz de Lavison qui arrivait d'Europe et commençait alors la période de vingt ans d'une pratique médicale distinguée dans la colonie.

En février 1841, la *Calypso* arriva à Fort-de-France avec la variole à bord, mais le navire fut mis en quarantaine à la Pointe-du-Bout, et peu après la maladie s'éteignit dans son équipage sans se propager dans la population ou la garnison.

En janvier 1848, les troupes venues de France apportèrent de nouveau la variole qui resta dans l'île jusqu'en 1850. Cette fois la ville de Saint-Pierre ne fut visitée par la maladie qu'en décembre 1848, c'est-à-dire onze mois après son arrivée dans l'île; phénomène remarquable, ainsi que l'observe M. Rufz, car les communications entre Fort-de-France et Saint-Pierre sont incessantes et de tous les jours. C'est une seconde épidémie qui fut très meurtrière en certains endroits et à certains moments, elle fut, comme celle de 1836, bien étudiée par M. Rufz.

En juin 1861, on observa une épidémie de variole à Saint-Pierre; les rapports médicaux n'indiquent pas son origine. Cette fois cette maladie cessa en octobre sans avoir atteint la ville de Fort-de-France.

En janvier 1862, on signala la variole à Fort-de-France, où elle dura jusqu'en juin 1863; elle était parallèle à une épidémie de rougeole qui fit maintes victimes dans la population.

En avril 1864, la variole, apportée à Fort-de-France par le transport la *Dryade*, s'y maintint jusqu'en mai sans cependant s'étendre à Saint-Pierre. Quelques individus de la population civile de Fort-de-France furent atteints à cette époque.

La frégate la *Bellone*, venant d'Europe, apporta la variole au mois de décembre 1864; la maladie cessait cette fois en janvier 1865, après avoir fait quelques victimes dans l'équipage de ce navire, mais sans s'être propagée dans la colonie.

En juin 1872, un navire américain apporta la variole à Saint-

Pierre, mais la maladie ne se propagea pas dans l'île, grâce à la séquestration immédiate du foyer.

En 1875, 1876 et 1877, plusieurs navires arrivèrent soit d'Europe, soit de l'Amérique du Nord, soit des grandes Antilles, avec des varioleux à bord, l'application rigoureuse de la quarantaine sauvegarda toujours la Martinique de la manière la plus heureuse, alors que plusieurs pays, notamment Porto-Rico, la Havane, New-York, comptaient des épidémies plus ou moins sévères dans leur population.

Au point de vue nosologique pur, la variole ne présente absolument rien de spécial pour la Martinique, sous le rapport des symptômes, des complications, des conséquences voisines ou éloignées de la maladie, tout se fait dans l'île comme dans les autres pays; aussi n'avons-nous pas à insister davantage sur son compte. Mais en revanche la maladie présente des particularités intéressantes touchant l'épidémologie, et on ne voit pas à la Martinique, comme dans tel ou tel autre pays, le pour-centage des atteintes ou de la gravité être le même pour telle ou telle classe de la population.

Rufz de Lavison nous apprend qu'en 1837 comme en 1849, il y eut beaucoup de cas graves de variole confluente et que les diarrhées avec hémorrhagie intestinale furent la complication fréquente et mortelle. « Ce furent les nègres, dit-il, qui, dans les deux épidémies, fournirent le plus grand nombre de varioles confluentes, surtout dans les campagnes. J'ai lieu de croire, par les renseignements fournis par les curés et par les livres de l'Etat civil, que leur mortalité fut considérable. Généralement ils étaient abandonnés dans leurs cases sur des feuilles de bananier et sans soins médicaux. C'est aussi dans cette classe que la vaccination est le moins pratiquée. La classe de couleur fournit un contingent moins considérable, sans qu'on puisse dire si c'était en raison du chiffre moindre de la population ou par l'effet de la vaccine dont elle fait plus usage. Les blancs, qui représentaient la classe riche et éclairée et qui généralement sont vaccinés, présentèrent peu de varioles confluentes, mais plutôt des varioloïdes; à peu près à chaque épidémie compte-t-on dans cette classe trois ou quatre morts. »

Dans les épidémies ultérieures dont la colonie a été le théâtre, on a observé la même propension des nègres à être atteints par la variole grave. Je ne crois pas qu'il y ait là une disposition spéciale de race : non. J'ai la conviction que c'est seulement le résultat de cette apathie stupide des noirs et mulâtres de la classe inférieure qui fait que, malgré les efforts tentés à diverses époques, la vaccine n'est pas employée couramment dans la colonie.

Si je ne voulais pas rester très résolûment étranger à toutes les discussions extra-médicales, je pourrais ici démontrer que la fréquence et la sévérité de la variole, chez les noirs et les mulâtres de la colonie, sont la conséquence de la manière dont certains détails du service sanitaire ont été disposés. Mais je ferais ainsi une critique à laquelle je ne veux pas me livrer et, après tout, me basant sur cet adage que les populations organisées comme elles le sont aujourd'hui ont le pouvoir de souverain, je me dis qu'il nous suffit de savoir que le jour où la population martiniquaise voudra ne plus payer un impôt de sang lourd à la variole, elle n'aura qu'à prendre telle mesure facile et rationnelle, pour n'avoir pas besoin d'insister plus longtemps.

Pendant mon séjour à la Martinique, j'ai usé de mon autorité de médecin en chef de la colonie pour faire appliquer sévèrement la quarantaine aux navires arrivant du pays où régnait la variole; nous étions entourés, peut-on dire, par la maladie, et nous avons été assez heureux pour échapper à son influence.

Mes successeurs auront dans mon exemple un des éléments de défense contre les épidémies de variole, et le jour que le médecin-vaccinateur fera son service avec zèle, on garantira la population nègre et colorée de la Martinique comme toutes les autres classes d'hommes.

Je terminerai en disant, pour ceux de mes successeurs qui n'ont pas l'habitude des pays chauds, que la maturité de la vaccine est un peu plus hâtive à la Martinique et dans la zone tropicale que dans la zone tempérée : c'est le septième, le sixième et même le cinquième jour, pendant la saison chaude, qu'il faut recueillir le vaccin, si on veut l'avoir pendant la période d'activité.

Scarlatine.

La scarlatine a fait quelques apparitions plus ou moins sévères à la Martinique, à divers moments assez rares cependant, puisque Rufz de Lavison n'en a vu qu'une épidémie, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la note suivante extraite de son mémoire (p. 72) : « Lorsque j'arrivai, en décembre 1835, à la Martinique, une épidémie de scarlatine y sévissait depuis le mois de juillet et avait produit dans plusieurs familles des morts répétées. J'eus occasion d'en voir encore des cas graves jusqu'en mars avec les redoutables complications de cette affection : angine pultacée, anasarque. Depuis cette époque, je n'ai vu aucun cas de scarlatine véritable.

Dans la chronologie des maladies observées à la Martinique de 1821 à 1877 (t. Ier, p. 99), j'ai signalé plusieurs fois des éruptions

scarlatineuses et, par exemple, en mars 1838, de janvier à avril 1841; en avril 1844, de janvier à mai 1868; de sorte que je puis ajouter, pour ma part, qu'elle s'y montre assez fréquemment. Mais j'avoue que l'examen des observations venues à ma connaissance et la vue de quelques malades que j'ai pu étudier m'ont porté à penser que le plus souvent on a considéré comme des atteintes de fièvre scarlatine des cas de fièvre inflammatoire avec éruption. C'est pour moi une conviction que la plupart de ces fièvres éruptives appelées miliaire, rougeole, scarlatine n'ont été à la Martinique que des atteintes amariles, au lieu d'être de même nature que celles que nous appelons de ce nom en Europe.

Rougeole.

Ce que je viens de dire au sujet de la scarlatine doit me dispenser d'entrer dans de longs détails au sujet de la rougeole. Rufz de Lavison a publié dans la *Gazette médicale* de 1857 le récit de deux épidémies de rougeole qu'il a observées à la Martinique; il me suffit de rappeler que la première eut lieu en 1842, la seconde en 1851, pour que le lecteur qui se souvient de ce que j'ai écrit au sujet de la fièvre inflammatoire, de la fièvre jaune et de l'influence amarile, voie qu'il est très probable qu'il s'agit ici d'éruptions appartenant à une pyrexie amarile au lieu de penser que c'est à la rougeole telle qu'on la voit dans nos pays que Rufz eut affaire. Il n'est pas impossible qu'un jour on n'arrive à démontrer que ce que nous appelons aujourd'hui du nom de fièvre inflammatoire, de fièvre jaune, de fièvre ictérode, amarile, etc., etc., n'est en réalité qu'une fièvre éruptive voisine de la rougeole, ou bien que la rougeole est la proche parente de la fièvre jaune. Malheureusement, jusqu'à présent, cette pensée n'ouvre aucun horizon profitable à la thérapeutique ou à la prophylaxie.

On me permettra toutefois de rappeler qu'en 1851 Amic, voyant développer une épidémie de rougeole à Fort-de-France, fit remarquer dans son rapport qu'en 1815, en 1825 et en 1831 il avait observé que cette rougeole épidémique avait précédé de deux mois l'arrivée de la fièvre jaune. Cette fois encore, elle fut le précurseur du typhus amaril à une échéance un peu plus longue, et enfin, en 1862, au moment où la fièvre jaune sévissait dans certaines îles des Antilles, la fièvre éruptive précitée se montra de nouveau. Tous ces faits ne peuvent que corroborer l'idée de la parenté de la rougeole et de la fièvre inflammatoire et, d'ailleurs, je ne puis résister au désir de répéter que celui qui pourra jeter un peu de clarté et de précision sur la spécification de ce qu'on appelle à la Martinique la

rougeole, la scarlatine, la dengue, et qui établira les analogies et les différences de ces diverses affections avec la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune, aura trouvé le nœud gordien de la pathologie antillienne. Si j'en crois mon impression il ne s'agit pas, le plus souvent, en cela, des maladies réellement différentes, mais de diverses modalités d'une seule et même affection : la fièvre amarile.

Dengue.

Parmi les fièvres éruptives que l'on observe à la Martinique il faut compter la dengue, qui a sévi, si j'en crois mon opinion, à diverses reprises dans la colonie avec plus ou moins d'intensité, quant au nombre des individus atteints.

Je ne saurais dire si elle a régné dans le courant du siècle dernier, mais il me semble qu'on peut admettre résolûment qu'on a été en sa présence dès l'année 1828 de ce siècle au moins, car Luzeau, qui était à cette époque médecin en chef de la colonie, a parlé d'une épidémie qu'on peut très bien lui rattacher.

« Les vents sont devenus variables pendant le mois de janvier et ont régné à l'est-nord-est, quelquefois au nord; forte brise accompagnée de beaucoup de pluie; la température a été de 17 à 21 degrés, thermomètre de Réaumur, tandis que dans le mois de décembre elle a été régulièrement de 24 à 26 degrés; les vicissitudes atmosphériques, alliées à une température froide et humide, ont dû porter un grand changement dans l'économie. Sous une telle influence, il s'est déclaré à la Martinique une épidémie sous la forme de rhumatisme aigu du système musculaire et articulaire. Chez les malades qui ont été le sujet de nos observations, l'irritation musculaire a été si vive, qu'elle a déterminé une sensation d'arrachement, avec difficulté dans les mouvements, se déplaçant brusquement et se portant sur une autre région du corps. Cette affection, qui d'abord a été primitive, a frappé toutes les classes des individus et a réveillé une foule de troubles sympathiques, qui ont été subordonnés à la constitution individuelle, à l'âge, au sexe et à la prédisposition de tel ou tel organe, suivant son mode de susceptibilité. Chez les personnes douées d'un tempérament sanguin, l'irritation a été jusqu'à produire une congestion cérébrale.

« *Synptômes*. — Vive céphalalgie, face vultueuse, yeux animés, peau sèche et brûlante, pouls plein et dur, langue blanchâtre, muqueuse et rosée sur les bords. L'estomac légèrement irrité, inappétence. (Ce qu'il y a eu de particulier, c'est que les malades n'ont jamais été altérés.) La durée de cette affection a été de trois à cinq jours; mais, en général, on éprouve pendant quelque temps un en-

gourdissement dans les membres et les mouvements sont pénibles; il n'y a point eu de mortalité. Parmi ceux que nous avons traités à l'hôpital, plusieurs ont présenté des symptômes qui ont cédé aux saignées générales, aux bains tièdes et aux liniments camphrés opiacés. Ceux qui n'avaient que des symptômes légers ont été guéris par les bains tièdes et les liniments seulement. »

Dans le rapport de février, le Dr Luzeau ajoutait : « C'est à ces intempéries de l'air, à ces variations brusques de l'atmosphère, que nous devons la constitution médicale régnante et le développement de cette épidémie *catarrhale* qui se porte avec violence tantôt sur les muqueuses, tantôt sur les séreuses et surtout sur l'appareil locomoteur, véritable Protée; elle simule au début la fièvre dite inflammatoire avec congestion cérébrale; plus tard, et à la chute de celle-ci, elle envahit les articulations et présente les caractères du rhumatisme articulaire aigu. Heureusement, au bout de cinq à six jours, cette affection, d'abord alarmante, disparaît comme par enchantement.

« Les moyens curatifs employés et qui ont obtenu un succès constant ont été, comme pour le mois précédent, de copieuses saignées générales dès l'invasion de la maladie; les bains tièdes, les délayants, la diète et, lorsque les douleurs articulaires se déclaraient, les frictions excitantes sur tout le système cutané. »

L'épidémie durait encore pendant le mois de mars et elle cessa vers le 1er avril; elle avait frappé assez l'esprit du Dr Luzeau pour qu'il l'écrivît dans le rapport de mars : « Nous nous occupons de rassembler quelques observations dignes de fixer l'attention et que nous rapporterons dans le courant du mois. Je n'ai pu trouver ces observations annoncées.

J'ai voulu rechercher comparativement si, dans les mois analogues des autres années, il y avait eu autant d'atteintes de cette affection rhumatismale ou catarrhale, voici le résultat de mon investigation :

	Décembre	Janvier	Février	Total
1825	21	18	20	59
1826	12	6	20	38
1827	21	28	21	70
1828	64	43	98	205
1829	70	30	60	160
1830	35	25	38	98
1831	18	21	24	63
1832	10	37	45	92
1833	12	40	25	77
Moyenne. . . .	28	21	31	71

Il est donc incontestable qu'en 1828 et 1829 il y eut une influence épidémique dans les mois de décembre, janvier et février. Malheureusement, nous ne pouvons pas être aussi affirmatif pour le nom à donner à la maladie, et nous restons très indécis pour sa spécification.

Quant à l'épidémie dont parle Ballot pour l'année 1860 (*Arch. de méd. nav.*, 1869, p. 170), j'ai tout lieu de croire que c'est la fièvre inflammatoire surtout qui régna alors.

Pendant que j'étais à la Martinique, une épidémie de Dengue se manifesta; j'ai eu un assez grand nombre d'individus atteints par elle à soigner, de novembre 1875 à avril 1876, j'en ai été atteint moi-même; et à bord de certains bâtiments l'aviso à vapeur l'*Étoile*, par exemple, elle toucha les trois quarts de l'équipage.

Cette question de la Dengue m'a très souvent préoccupé pendant tout le cours de ma pratique coloniale, tant au Sénégal qu'à la Martique; j'ai la persuasion qu'elle contient en elle le mot de l'énigme si obscur jusqu'ici de la fièvre jaune, et j'ai le regret de n'avoir pas pu apporter à son élucidation un appoint efficace. Comment ne serait-on pas frappé des étranges coïncidences qu'il y a entre la fièvre rouge et l'apparition de la fièvre jaune dans divers pays tropicaux, quand nous voyons par exemple que Bel, dans son rapport sur l'épidémie de 1859 à Gorée, dit que, lorsque la fièvre jaune éclata, on notait depuis deux mois des atteintes spéciales qui frappaient les observateurs par leur aspect insolite.

En 1845 et en 1848, la Dengue avait fait une apparition en Sénégambie, et remarquons qu'à ces dates la fièvre jaune faisait des ravages dans plusieurs colonies de la côte d'Afrique. En 1865 on l'observe de nouveau à Gorée et dans le Cayor et voilà qu'en 1866 le typhus amaril y éclate. En 1871 et 1872, je l'observe à Gorée. Or, pendant ce temps, la fièvre jaune vient frapper terriblement les colonies de Sierra-Léon, puis, de Gambie; elle vient expirer, je puis dire, au lazaret du cap Manuel, près Gorée; enfin en 1878, c'est la fièvre rouge qui est observée à Gorée en mai et juin, et elle s'aggrave peu à peu, de telle sorte que les premiers décès de fièvre jaune lui furent attribués. D'après ce que m'ont dit plusieurs personnes, on ne put pas dire où avait fini une épidémie et où avait commencé l'autre.

A la Martinique, c'est la même chose, et, en suivant avec attention la constitution médicale des diverses années sur lesquelles nous avons des renseignements suffisants, on voit que cette fièvre rouge s'est montrée quand l'imminence de la fièvre jaune paraissait augmenter.

Malgré de longues réflexions sur cette question de la fièvre rouge ou Dengue, je dois avouer que je n'y ai rien compris encore, je me

suis toujours heurté à cette particularité restée insoluble pour moi, c'est que la Dengue paraît liée d'une manière étroite à la fièvre jaune ou à la fièvre inflammatoire d'un part, aux Antilles comme au Sénégal; d'autre part, que les symptômes signalés par ceux qui l'ont étudiée dans l'Atlantique, sont les mêmes que ceux qu'on lui a reconnus dans la Mer des Indes. Et en troisième lieu que cette maladie qui semble au Sénégal et dans l'Amérique tropicale, avoir ces liens de parenté avec le typhus amaril, semble irrécusablement avoir pris naissance maintes fois dans des contrées de l'extrême orient où la fièvre jaune n'existe pas.

Après avoir essayé maintes fois de prendre corps à corps ce problème, et n'y avoir trouvé que des obscurités, je préfère reconnaître ici mon impuissance, plutôt que de faire des descriptions fantaisistes, ou me livrer à des discussions que je sais d'avance ne pas pouvoir mener à bonne fin, par conséquent, je me bornerai à signaler à mes successeurs le grand intérêt qu'il y aurait à élucider ce point de pathologie exotique.

Qu'on l'appelle Dengue, rougeole, scarlatine, affection scarlatineuse, catarrhale, etc., etc., la maladie a une telle bénignité en somme, que les malades ne perdent pas grand'chose à mon silence. Tous les cas que j'ai vus, m'ont paru être une simple indisposition. Il est vrai que, ne sachant où la Dengue s'arrêtait, et où commençait la fièvre inflammatoire, j'ai appelé de ce dernier nom, les atteintes qui dépassaient ce degré d'une fébricule à éruption cutanée.

FIÈVRE TYPHOIDE.

Le médecin qui n'a pas une opinion personnelle établie par l'observation touchant la fièvre typhoïde à la Martinique, et qui cherche à savoir si la maladie y est fréquente ou rare, habituelle ou exceptionnelle, peut être très embarrassé aujourd'hui, car ceux qui font la notoriété touchant la pathologie exotique, jusqu'ici ont émis à ce sujet des idées si divergentes, qu'il est fort difficile sinon impossible de faire concorder.

Lavacher, par exemple (*Guide médical aux Antilles*, Paris, 1840), dit : Le médecin qui se livre attentivement à l'étude des causes, des symptômes et de la marche des maladies ne tarde pas à observer, dans ces contrées, le caractère typhoïde qui les distingue presque toutes. Tandis que Dutrouleau, dans son remarquable livre, écrivait en 1861 que l'affection typhoïde y est très rare et que sa présence dans certains exposés nosologiques ne tient souvent qu'aux *idées systématiques* de quelques médecins.

Un de nos savants collègues de la médecine navale, le Dr Brassac

a soutenu, dans une note publiée dans les *Archives de médecine Navale*, T. III, p. 227, que la fièvre typhoïde, quoique assez généralement rare aux Antilles, peut se rencontrer fréquente de temps à autre sous l'influence des constitutions médicales spéciales. Cette opinion concorde avec celle de Saint-Pair et Walther, qui furent longtemps chefs de service soit à la Martinique, soit à la Guadeloupe, et dont la sagace expérience en matière de pathologie exotique ne saurait être contestée, tandis que d'autre part M. Rufz de Lavison, dont la grande autorité en pathologie antillienne est si bien établie, dit dans sa *Chronologie des maladies de Saint-Pierre ; Suivant moi, la fièvre typhoïde n'existe pas à la Martinique, je n'en ai jamais vu un seul cas sur un créole*, et il ajoute qu'en mars 1841, la frégate l'*Astrée* arrivant d'Europe à Fort-de-France avec la fièvre typhoïde à bord, envoya dans le courant de deux mois, une soixantaine de dothiénentériques à l'hôpital, sans cependant que la maladie se propageât dans l'île. Cette épidémie de l'Astrée s'éteignit, dit-il, sur le rivage de la Martinique, comme la fièvre jaune s'est éteinte à Brest et à Saint-Nazaire lorsqu'elle y a été apportée. M. Rufz est donc entièrement disposé à considérer la dothiénentérie comme incapable de s'acclimater dans la colonie.

La divergence ne saurait être plus grande, on le voit, et vraiment on hésite de prime abord entre des affirmations aussi opposées que catégoriques. En pareille occurrence il me semble que le mieux est d'interroger les faits sans idée préconçue et voirsi, par leur analyse, leur discussion, on peut arriver à partager telle ou telle opinion avec la persuasion qu'elle est l'expression de la vérité.

Dans la statistique des maladies observées dans les hôpitaux militaires de la Martinique, que j'ai dressée pour servir de base à mon travail, j'ai trouvé nombre de fois la présence de la fièvre typhoïde signalée, et en voici les principales citations.

La maladie paraît avoir régné depuis le mois de novembre 1823 jusqu'au mois de janvier ou de février 1824, à l'hôpital militaire de Fort-de-France; elle semble y avoir été observée aussi en janvier et février 1825, mais les renseignements que nous avons sur ces deux apparitions sont trop vagues pour que nous puissions en tirer quelques déductions bien précises.

C'est à cette date que se rapportent les faits de l'Astrée, signalés par Dutrouleau et par Rufz de Lavison.

En mars 1841, la fièvre typhoïde est signalée de nouveau à Fort-de-France et voici ce qu'en dit Câtel dans son rapport, sur le premier trimestre de cette année :

« A peine avions-nous échappé au danger de la variole que plu-

sieurs bâtiments, arrivant de la Plata, nous menacèrent du typhus. Cette maladie grave s'était développée pendant la traversée, notamment à bord du *Tarn*, qui avait été obligé de relâcher à Baya. L'épidémie avait cessé à bord de cette corvette, mais les malades, envoyés à l'hôpital de Fort-de-France, conservaient encore quelques symptômes et la physionomie du typhus européen.

« Nous avons classé cette malade parmi les gastro-céphalites dont elle n'a différé que par la stupeur et la surdité qui ont accompagné quelques cas. Du reste, on a trouvé chez ceux qui ont succombé à cette maladie, les mêmes lésions que chez ceux qui meurent de gastro-céphalite et c'est ce qui nous a décidé à les réunir dans l'énumération des maladies.

« L'encombrement, le froid et une grande humidité paraissent devoir être considérés comme les causes du typhus, qui s'est développé à bord de plusieurs navires venant d'Europe et de la Plata avec des troupes. »

On se posera peut-être cette question : la maladie dont parle Câtel est-elle bien la fièvre typhoïde? je dois répondre que certainement oui et la preuve, c'est que sur le registre d'autopsie, j'ai trouvé l'indication des ulcérations de l'intestin grêle, de la suppuration des plaques de Peyer sur plusieurs matelots des navires précités (*Tarn* et *Astrée*); nul doute ne saurait exister, à mon avis, là-dessus.

Nous ne trouvons à partir de 1841 que de très rares cas de fièvre typhoïde signalés dans les rapports des médecins de la Martinique, si ce n'est en avril 1847, en juin 1849 et en février 1855; puis à partir de février 1857, nous trouvons des indications très fréquentes de la maladie, et nous citerons tantôt des épidémies remarquables par le nombre des atteintes et la durée de la maladie dans le pays.

Que penser en présence de ce silence des rapports mensuels? Faut-il admettre que pendant la longue période de 1841 à 1857, la maladie n'a réellement pas existé à la Martinique? Eh bien! non, à mon avis, la raison à invoquer, c'est que les appellations nosologiques du moment étaient différentes et on peut admettre comme parfaitement exact, que la fièvre typhoïde régnait alors comme aujourd'hui à certains moments et avec les allures que les observateurs actuels lui reconnaissent.

La preuve que j'en puis donner, c'est que les registres d'autopsie des hôpitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre, nous indiquent que chez nombre de sujets, on observait à l'époque dont je parle l'ulcération des plaques de Peyer, des lésions variées à la fin de l'intestin grêle (ecchymoses, rougeurs, plaies, ulcérations, perforations), toutes choses qui prouvent bien, je crois, l'exactitude du

diagnostic que nous portons aujourd'hui touchant ces maladies, appelées le plus souvent gastro-céphalite ou accès pernicieux.

On me permettra de ne pas rapporter, *in extenso*, les relations d'autopsies que j'invoquerai ici pour ne pas donner une trop grande étendue à mon étude ; mais je dirai que le doute ne saurait exister avec les extraits suivants :

Extraits du registre d'autopsie de l'hôpital de Fort-de-France.

Blondat, soldat d'infanterie, entré à l'hôpital de Fort-de-France, le 27 février 1841, mort le 8 mars de gastro-céphalite. Les intestins grêles présentent des ecchymoses dans toute leur étendue, particulièrement à la réunion du cœcum et de l'iléon ; on y remarque des ulcérations des glandes de Peyer.

Lenoir, matelot de l'*Astrée*, entré le 13 mars, mort le 8 avril de gastro-céphalite chronique : la muqueuse intestinale était gorgée d'une matière bilioso-jaunâtre, ulcération des glandes de Peyer.

Troadec, matelot de l'*Areste*, entré le 27 avril, mort le 13 mai 1841 de gastro-entérite chronique compliquée de pneumonie : la muqueuse de l'intestin grêle laissait apercevoir dans son tiers inférieur deux ou trois ulcères.

Delalande, soldat d'infanterie, entré le 15 mai 1841, mort le 23 juillet : le jejunum présente de distance en distance des ulcères profonds et assez larges ayant un aspect noir ; le gros intestin est distendu par des gaz.

Pajeau, apprenti marin du *Papillon*, entré le 11 avril 1843, decédé le 19 du même mois de gastro-céphalite : l'intestin grêle très aminci présente de distance en distance des traces d'inflammation... le mésentère présente plusieurs glandes d'un rouge vif.

Antoine, soldat d'infanterie, entré le 19 juin 1843, mort le 5 juillet de gastro-céphalite : l'intestin grêle présente vers sa terminaison plusieurs glandes de Brunner assez développées, mais sans ulcération, et des ecchymoses assez considérables.

Metour, matelot de la *Turquoise*, entré le 3 août 1843, décédé le 5 de gastro-céphalite : les vaisseaux du mésentère sont gorgés de sang et les ganglions développés et rouges ; la tunique péritonéale de l'intestin grêle est très injectée, mais la muqueuse n'offre que quelques plaques enflammées de loin en loin.

Douez, caporal, entré le 29 décembre 1844, mort le 5 janvier 1845 de gastro-entérite chronique. L'intestin grêle contient une grande quantité de matière verdâtre, sa muqueuse est phlogosée et offre aussi des plaques d'ulcération.

Dans les mois de décembre 1844 et janvier 1845, je trouve onze indications de décès de la même maladie.

Blanc, soldat, entré le 10 juillet 1848, mort le 14 de fièvre typhoïde : la portion inférieure du jejunum et tout l'iléon présentent des plaques d'un

rouge violacé notamment vers la fin de ce dernier on observe quelques points altérés ayant à peu près 3 lignes de diamètre et peu profonds.

Grangin, caporal, entré le 12 juillet, mort le 21 juillet 1848 de fièvre typhoïde; mêmes lésions.

Ménard, soldat d'infanterie, entré le 21 juillet, mort le 25 du même mois; même diagnostic, mêmes lésions.

Aubeuf, soldat, entré le 2 août, mort le 26 août 1848, même diagnostic, même lésion.

Bouteille, matelot de l'*Elan*, entré le 9 août 1849, mort le 10 : gastrite et entérite dans la première portion de l'intestin grêle, plaques de Peyer ulcérées, perforation de l'intestin, épanchement de pus dans la cavité du péritoine.

Dans les registres de l'hôpital de Saint-Pierre nous trouvons les mêmes indications, et par exemples :

Grosjean, soldat, entré le 11 mai 1845, mort le 22, de gastrite : intestins grêles injectés dans les 2 tiers supérieurs, le tiers inférieur est le siège de graves désordres, développement des glandes de Peyer, et des follicules agminés, ulcération de ces follicules qui présentent un bourrelet de forme ovalaire taillé en biseau sur son bord externe.

Henry, soldat d'infanterie, entré le 28 mai 1845, mort le 30 de fièvre typhoïde, mêmes lésions.

Foull, soldat d'infanterie, entré le 22 janvier 1846, mort le 15 février, de fièvre typhoïde, mêmes lésions.

Deniaud, matelot de la frégate l'*Andromède*, entré le 24 février 1846, mort le 3 mars de fièvre typhoïde, mêmes lésions.

Valy, soldat d'infanterie, entré le 6 mai 1846, mort le 10, de fièvre cérébrale : le tiers supérieur de l'intestin grêle ne présente rien de remarquable vers le tiers inférieur et moyen, et principalement en descendant vers la valvule iléo-cæcale on observe des développements très considérables des glandes de Peyer et des follicules agminés, ces derniers épais sont placés comme en relief sur la muqueuse intestinale.

Croiset, soldat, entré le 10 mai 1846, mort le 12, de fièvre pernicieuse algide continue, lésions des plaques de Peyer.

Aubin, soldat, entré le 3 juin, mort le 6 juin 1846, de fièvre typhoïde, lésions des plaques de Peyer.

Riff, soldat, entré le 19 juillet 1846, mort le 26, de fièvre typhoïde; mêmes lésions.

Beley, soldat, entré le 16 août 1846, mort le 31, de gastro-entérite, lésions de la fièvre typhoïde décrites en grand détail.

Valiorne, artilleur, entré le 15 février, mort le 11 mars 1847, de fièvre typhoïde, même description.

Chavinault, soldat, entré le 4 mars 1847, mort le 13, de fièvre typhoïde; même autopsie décrite avec grand soin.

Notons qu'on appelait assez souvent, à l'époque dont nous venons

de parler, du nom de fièvre typhoïde les hépatites abcédées, et que j'ai eu soin d'écarter tous ces cas pour ne pas parler ici d'une autre affection, que celle, que tout le monde entend actuellement sous le nom de fièvre typhoïde ou de dothiénentérie.

De 1857 à nos jours, on voit la maladie être signalée d'une manière parfaitement précise et c'est ainsi par exemple, qu'une épidémie fut signalée en février 1857 à l'arrivée d'un contingent des troupes d'Europe; elle dura 1 mois.

En novembre 1857, une nouvelle épidémie est indiquée et dure jusqu'en avril 1859, touchant quelques hommes, soit à Saint-Pierre, soit à Fort-de-France, pendant tous les mois qui séparent ces deux dates, 18 mois.

En octobre 1859, la maladie est signalée de nouveau et dure jusqu'en février 1860, 5 mois.

En septembre 1860, on voit encore la fièvre typhoïde qui dure cette fois jusqu'en février 1862, 15 mois.

En juillet 1862, nouvelle épidémie qui dure jusqu'en décembre 1863, 16 mois.

De mai à août 1864, autre petite poussée, 4 mois.

De janvier à novembre 1865, épidémie, 4 mois.

De janvier à avril 1867, épidémie, 4 mois.

De septembre 1872 à avril 1875, épidémie, 32 mois.

De novembre 1875 à septembre 1876, épidémie, 10 mois.

En somme, de janvier 1857 à janvier 1877, il s'est écoulé 20 années, soit 240 mois pendant lesquels on a compté 118 mois d'activité de la fièvre typhoïde à la Martinique, soit à dix près, presque la moitié du temps. Les atteintes étaient souvent peu nombreuses, les décès rares, mais néanmoins on ne pourrait nier l'influence épidémique.

Il me semble donc parfaitement établi que, depuis 1841 jusqu'à nos jours, la maladie a été constatée, qu'elle ait été, ou non appelée de son nom, appréciée à sa juste valeur ou confondue avec d'autres états, en un mot, qu'elle a existé d'une manière irrécusable, et je dois ajouter que, si je ne parle pas des faits antérieurs à 1841 avec la même précision, c'est seulement parce que le plus ancien registre d'autopsie des hôpitaux de la Martinique ne remonte qu'à cette date; je suis convaincu que, si nous avions la collection des nécropsies faites antérieurement, nous y trouverions maintes preuves que la dothiénentérie ne faisait pas plus défaut dans l'obituaire martiniquais au commencement de ce siècle, dans les siècles précédents qu'aujourd'hui.

Je me prononce donc d'une manière parfaitement catégorique en faveur de l'existence de la fièvre typhoïde à la Martinique, et je dirai

dans un moment ce que je pense à mon tour sur les questions de fréquence relative, d'immunité de races ou de classes, mais cependant l'autorité de ceux qui ont dit le contraire est si grande, les noms de Dutrouleau et de Rufz sont si imposants en fait de pathologie exotique, que je dois prendre la question en sous-œuvre pour bien montrer que l'opinion de l'existence, et de la fréquence relative de la maladie à certains moments, peut être soutenue avec avantage.

Procédons par élimination, c'est-à-dire examinons successivement l'opinion de MM. Rufz et Dutrouleau, pour voir en quoi nous différons d'opinion et en quoi nous sommes du même avis, car dans le livre qu'ils ont écrit, il y a, touchant la fièvre typhoïde, certaines assertions que nous reconnaissons parfaitement justes, comme certaines affirmations que nous ne considérons pas comme acceptables sans discussion.

L'opinion de M. Rufz dont nous avons parlé précédemment, peut se décomposer en une série de propositions que nous allons numéroter pour pouvoir les discuter plus facilement, et qui sont :

1° la fièvre typhoïde ne s'observe pas chez les créoles martiniquais.

2° excepté l'épidémie de l'Astrée en 1841, M. Rufz n'a pas entendu parler de fièvre typhoïde à la Martinique.

3° la fièvre typhoïde s'éteint sur les rivages martiniquais, comme la fièvre jaune sur le littoral européen.

Pour ne pas nous exposer à des redites, nous ne parlerons que des deux premières dans ce moment, nous aurons à nous occuper de la troisième ultérieurement, après avoir étudié certaines questions secondaires, qu'il nous faut connaître au préalable pour avoir une opinion arrêtée à son sujet.

Peut-on inférer de ce que Rufz n'a pas vu un seul créole martiniquais être atteint de fièvre typhoïde dans le cours de sa longue pratique à Saint-Pierre pour admettre que la maladie ne s'observe pas chez cette classe d'individus ? Non, à mon avis, et j'en donnerai maintes preuves. Ainsi, par exemple, M. Brassac cite le cas d'un médecin de la marine, créole de la Guadeloupe, qui, en revenant d'Europe dans son pays natal, est atteint et succombe par la fièvre typhoïde. Ce jeune homme avait un frère jumeau qui fut comme lui emporté par la même maladie dans les mêmes conditions.

M. Brassac rapporte aussi le fait du fils du concierge de l'hôpital de la Basse-Terre; créole de 18 ans n'ayant jamais quitté la Guadeloupe et étant frappé de fièvre typhoïde ; plusieurs autres faits analogues étant énumérés, il conclut à la possibilité de voir la maladie se développer chez les créoles.

Je suis entièrement disposé à croire que M. Brassac a raison, mais comme on pourrait lui opposer que l'absence d'observations détaillées permet au doute de subsister et qu'il est possible que ce soit à la fièvre inflammatoire dite insidieuse et non à la véritable dothiénentérie qu'il a eu affaire, nous devons chercher d'autres faits ; et pour qu'on ne puisse même pas objecter que ce qui se passe à la Guadeloupe ne se voit peut-être pas à la Martinique, prenons nos exemples dans la pathologie martiniquaise.

Nous trouvons dans les rapports de l'hôpital de Fort-de-France l'observation suivante assez explicite pour apporter déjà un appoint sérieux dans la question.

Observation XVI.

Fièvre typhoïde ataxique chez un jeune mulâtre de la Martinique n'ayant jamais quitté la colonie.

Médine Jules, créole, mulâtre, âgé de 15 ans, élève de l'école des Arts-et-Métiers, entré à l'hôpital le 15 janvier, au 16e ou 17e jour de maladie. Cet enfant avait été traité chez ses parents en ville, on n'a fourni aucun renseignement.

A l'entrée à l'hôpital le malade est dans un délire ataxique, carphologie, langue sèche, rotie, fuliginosités sur les lèvres et les dents, selles nombreuses involontaires sous l'influence du calomel pris ce matin avant l'envoi à l'hôpital. Bouillon, tilleul aromatisé, vésicatoires aux jambes. Potion avec extrait de quinquina 2 gr., teinture de musc 1 gr., sirop d'écorces d'oranges 30 gr. Lavement avec camphre et décoction de quinquina, compresses d'eau froide sur la tête et d'eau iodée sur le ventre ; cette médication a été continuée tous les jours jusqu'au 22 janvier sans amener la plus petite amélioration.

Enfin ce jour-là le petit malade a succombé après une longue agonie, à 8 heures et demie du matin.

Malgré l'absence d'autopsie, ce fait ne peut, je crois, pas laisser le moindre doute à l'esprit touchant le diagnostic, mais, pour le cas où le lecteur aurait encore quelque hésitation, l'observation suivante, qui est suivie de la nécropsie, doit trancher définitivement le débat.

Observation XVII.

Fièvre typhoïde développée chez un noir. — Mort. — Autopsie.

Mouneau, matelot noir, né à Sainte-Lucie (Antilles-Anglaises), agé de 20 ans, embarqué sur le caboteur anglais *William Stowe* appelé aux

voyages de Sainte-Lucie à la Martinique; est apporté à l'hôpital de la Marine de Saint-Pierre dans la matinée du 8 août 1859.

8 août (soir). Face hébétée, yeux brillants, céphalalgie intense, peau chaude et sèche, pouls dur, fréquent (128 pulsations). Langue effilée, rouge à la pointe, couverte au centre d'un enduit blanc et jaunâtre, 8 selles liquides depuis l'entrée à l'hôpital. Le ventre est légèrement météorisé et sensible à la pression surtout vers la région cœcale où la main déplace facilement des gaz. Le foie a son volume normal; il n'en est pas de même de la rate qui dépasse les fausses côtes abdominales et a acquis un volume considérable.

Nous apprenons du malade, qui parle créole français, qu'il est couché sans sommeil depuis six jours à bord de son bateau; que la maladie a débuté par de la céphalalgie et de la fièvre avec frissons, et que cette dernière depuis lors ne l'a plus quitté, il a eu des selles nombreuses accompagnées de coliques.

Diète; tilleul tiède; saignée du bras de 400 gr.; compresses froides sur la tête; pédiluve sinapisé; cataplasme sur le ventre.

9 août (matin). Peau chaude et sèche, facies abattu, pouls irrégulier à 128; la langue conserve son enduit jaunâtre; gargouillement dans la fosse iliaque droite, coliques légères, 4 selles jaunâtres.

Diète; eau albumineuse; un grand bain tiède avec des irrigations froides sur la tête; enveloppement de suite dans des couvertures de laine, puis tilleul tiède donné par petites tasses; cataplasmes sur le ventre.

Le bain prolongé pendant deux heures soulage beaucoup le malade; mais on ne peut obtenir de transpiration malgré l'enveloppement.

9 août (soir). Pouls à 140, douleur fixe à l'épigastre, plusieurs vomissements (40 sangsues à l'épigastre).

10 août (matin). La nuit a été mauvaise, délire, agitation, la peau est toujours brûlante et sans transpiration, la bouche est sèche. Malgré 5 ou 6 selles il existe un léger météorisme et l'on déplace des gaz dans la fosse iliaque droite, le malade se plaint de faiblesse et réclame des aliments. Quelques cuillerées de bouillon dégraissé, bain prolongé suivi d'enveloppement, compresses froides sur la tête, bouteille d'eau chaude aux pieds, 1/4 lavement amyl. (*bis*).

10 août (soir). Pas de transpiration après le bain, agitation, la tête est très chaude, pouls irrégulier à 132. 2 selles depuis le matin. (Vésicatoires aux jambes. Potion codéinée et musquée).

11 août (matin). Moins d'agitation, un peu de sommeil pendant la nuit, depuis le jour plaintes continuelles du malade qui est dans un abattement profond, la peau est toujours brûlante et sèche, le pouls à 128; la langue qui est couverte d'un enduit épais tend à se sécher. Selles nombreuses de nature séreuse, le malade demande son bain avec instance. (Bouillons dégraissés, bain et enveloppement. Compresses froides sur la tête et le ventre. Potion ut-supra.

11 août (soir). Pouls à 140, un peu de météorisme léger, suffusion ictérique des conjonctives.

12 août (matin). Hébétude profonde, mouvement automatique; il y a eu du délire pendant la nuit, de temps en temps le malade pousse des plaintes, la peau est moins chaude mais toujours sans transpiration, le pouls est à 128, langue sèche, lèvres et dents commencent à devenir fuligineuses, le météorisme augmente, 3 selles liquides.

(Prescription de la veille à laquelle on ajoute 2 quarts de lavement de décoction de quinquina avec 2 gr. de teinture de castoréum).

12 août (soir). La journée a été plus calme, pouls à 132, une selle involontaire. En examinant avec beaucoup de soin la peau noire du malade qui ne présente aucun sudamina (ce qu'il faut attribuer à l'état de sécheresse dans laquelle elle se trouve depuis le commencement de la maladie) on découvre sur les parties latérales et inférieures du ventre et sur la partie supérieure des cuisses, plusieurs pétéchies d'un noir plus foncé que le reste de la peau, elles sont de la dimension d'une forte lentille, on n'en a point rencontré ni sur le cou, ni sur la poitrine.

13 août. Agitation et délire pendant la nuit, même état de la peau, pouls très irrégulier à 132 le matin, à 140 le soir, le météorisme augmente, 3 selles liquides, la suffusion ictérique des conjonctives se prononce de plus en plus, on découvre de nouvelles pétéchies.

(Même prescription à laquelle on ajoute une potion de quinquina musquée et codéinée).

14 août. Agitation et délire, pouls tremblotant dépassant 160. Extrémités froides. Ictère prononcé des conjonctives.

Mort à 2 heures du soir le même jour.

Voici l'autopsie que nous avons extraité textuellement du registre des autopsies de l'hôpital de Saint-Pierre.

Mouneau, matelot du bateau anglais *William-Stowe*, noir, né à Sainte-Lucie, agé de 20 ans, entré à l'hôpital le 8 août 1859, mort le 14 du même mois de fièvre typhoïde.

Autopsie faite 18 heures après la mort.

Habitude extérieure du corps. Le corps n'est pas amaigri, traces de vésicatoires sur les extrémités inférieures, les lèvres et les narines sont salies par un liquide jaunâtre spumeux, qui s'échappe de ces cavités : quelques pétéchies sur le thorax et l'abdomen.

Cavité thoracique. Rien de particulier du côté des plèves et des poumons. Le cœur est complètement exsangue.

Cavité abdominale. L'estomac contient une grande quantité du liquide jaunâtre que nous avons mentionné plus haut et que nous avons dit s'échapper des lèvres et des narines, il n'y avait pas de trace d'inflammation. Le grand cul-de-sac seul offrait une coloration rouge violacée dans toutes ses tuniques; coloration qui est due sans doute à une imbibition sanguine fournie par la rate.

L'intestin grêle est sain partout, si ce n'est dans une étendue d'environ 1 m. 1/2 à sa terminaison, dans cet espace se trouvent 10 à 12 plaques de Peyer à différents degrés d'altération : les unes, les plus éloignées de la valvule iléo-cæcale, n'ont simplement que l'aspect des plaques gaufrées; les

autres vers la fin de l'intestin sont le siège d'une ulcération plus ou moins avancée. Quelques follicules isolés sont rouges et tuméfiés. Les ganglions mésentériques ne présentent rien d'anormal, le gros intestin était sain.

La rate, d'un volume considérable, comme carnifiée, est gorgée de sang, son plus grand diamètre est d'environ 20 centimètres et son épaisseur de 12 à 14 centimètres.

Le foie, de grosseur et de consistance ordinaire, se trouve exsangue et décoloré sur le bord convexe du rein droit, et superficiellement se voit un kyste parfaitement organisé de la grosseur d'un œuf de pigeon et rempli d'une sérosité citrine.

L'urine renfermée dans la vessie ne contenait ni albumine, ni principes bilieux.

Comme on le voit, les lésions constatées sur le cadavre du matelot noir Mouneau, viennent se joindre aux symptômes observés pendant la vie pour confirmer le diagnostic de la maladie que nous lui avons reconnue. Pour nous comme pour tous les officiers de santé de la marine à Saint-Pierre, qui ont suivi la maladie et assisté à l'autopsie, le matelot noir Mouneau est mort d'une véritable fièvre typhoïde ou d'une dothiénentérie. Par une circonstance toute particulière il nous était permis de comparer les désordres observés dans l'intestin de ce noir que nous avons fait conserver, avec ceux trouvés dans l'intestin grêle d'un soldat blanc mort trois jours après de la fièvre typhoïde ; il y avait identité parfaite dans les lésions intestinales.

Si à la Martinique les hospices étaient moins mal tenus sous mille rapports et en particulier sous celui de la statistique, s'ils avaient le moindre registre d'entrée, un cahier d'amphithéâtre, et si certains médecins s'y occupaient plus souvent avec quelque soin du diagnostic, nous aurions maintes preuves à ajouter à celles que nous empruntons aux hôpitaux militaires où les créoles ne sont reçus qu'exceptionnellement.

Donc on m'accordera, j'espère, que les créoles présentent quelquefois la fièvre typhoïde et puisque la maladie a été observée chez des gens de couleur il est rationnel d'admettre qu'à fortiori elle peut s'observer chez les créoles blancs.

2° Peut-on inférer que la maladie n'a pas été observée de 1844 à 1867 à la Martinique de ce qu'a dit Rufz ?

Les renseignements statistiques que nous avons fournis tantôt répondent d'une manière tellement catégorique à cette question qu'il me semble inutile d'insister bien longuement. Néanmoins, comme l'opinion de M. Rufz est d'un poids considérable en fait de pathologie martiniquaise, nous devons rechercher pourquoi elle diffère si complètement de ce que nous apprennent les faits.

Et bien, l'explication de cette divergence n'est pas impossible à

donner peut-être et, en effet, remarquons que M. Rufz faisait de la médecine civile à la Martinique, n'ayant qu'un service d'hospice, c'est-à-dire de vieillards ou d'incurables dans un établissement très imparfaitement aménagé ; de sorte que, d'une part, il ne voyait pas les malades qui fournissent le plus de fièvres thyphoïdes ordinairement, d'autre part, il ne pouvait vérifier son diagnostic par la nécropsie, de sorte qu'il n'est pas étonnant qu'il soit arrivé à l'opinion qu'il formule, d'autant que Dutrouleau qui fut longtemps chargé de l'hôpital mlitaire de Saint-Pierre pendant que M. Rufz y habitait, a dû maintes fois lui dire qu'il ne trouvait pas les lésions de la dothiénentérie chez les sujets de son hôpital qui semblaient présenter la fièvre typhoïde.

Quant à ce qui est de l'opinion de Dutrouleau, nous allons procéder de la même manière voyant en détail toutes les affirmations différentes qu'elle contient, et, tout d'abord, voici le texte même du livre précieux de notre éminent prédécesseur.

« Jusqu'à 1848, la fièvre typhoïde n'avait jamais figuré sur les états de situation sanitaire de l'hôpital de Fort-de-France. Depuis cette époque, elle y a pris une place importante, sous la direction d'un nouveau chef de service qui classait comme typhoïde toute fièvre continue ayant trois jours au moins de durée et présentant quelques symptômes de stupeur unis au gargouillement iléo-cæcale.

« A Saint-Pierre, la classification a subi aussi des variations très marquées ; la fièvre typhoïde, complètement absente des états jusqu'à 1840, y a figuré pour un chiffre élevé de cette année à 1848, et depuis lors jusqu'à 1852, période pendant laquelle j'ai été médecin en chef de l'hôpital de cette localité, elle est devenue excessivement rare. Pendant les quatre années que j'ai passées à l'hôpital de la Basse-Terre, faisant la part des fièvres inflammatoires et des fièvres endémiques à complication typhoïde, je n'ai observé, comme à la Martinique, qu'un bien petit nombre de cas de la maladie qui nous occupe ; aucun même qui m'ait présenté l'ensemble complet et la succession de symptômes, la longue durée et tous les caractères anatomiques de la véritable affection typhoïde. Je n'ai pas pu me tromper dans mon diagnostic, ayant eu à diverses reprises des termes de comparaison, on ne peut plus concluants.

« Les bâtiments qui arrivent d'Europe déposent quelquefois dans nos hôpitaux des fièvres typhoïdes graves, déclarées en France ou pendant la traversée ; une frégate arrivée à Fort-de-France, en 1843, en avait même une épidémie qui a été traitée à l'hôpital. Eh bien, rien n'est frappant comme la différence que présente alors cette maladie de provenance étrangère, d'avec celle qui naît sur place et que l'on trouve quelquefois à côté d'elle, dans les mêmes salles.

« Je vais indiquer sommairement ces différences.

« C'est par les symptômes de la fièvre inflammatoire et sans stupeur bien

marquée, que débute la fièvre typhoïde modifiée qui s'observe aux Antilles; il y a de la somnolence au début, mais pas de phénomènes nerveux.

« Les symptômes abdominaux constitués par le gargouillement, rarement la véritable crépitation iléo-cæcale, par le météorisme, par les douleurs plutôt vagues que localisées, par la diarrhée alternant avec la constipation, ne se dessinent qu'après les premiers jours.

« Les éruptions cutanées se bornent à des sudamina et à quelques taches ecchymotiques, qui deviennent plus tard des pétéchies; mais les taches rosées lenticulaires sont rares. Les râles qui annoncent la pneumonie hypostatique sont mal accusés; les phénomènes nerveux, plutôt adynamiques qu'ataxiques, sont assez lents à se prononcer. La fièvre est continue avec exacerbation vespérale, accompagnée d'alternatives de sécheresse et de moiteur à la peau; mais jamais intermittente, et toujours rebelle au sulfate de quinine. Après trois à quatre septénaires, la maladie cède habituellement à un traitement dont les évacuants et les saignées locales forment la base; mais quelquefois elle s'aggrave et se termine par la mort; ce sont ordinairement les accidents cérébraux qui causent ce résultat; je n'ai pas observé la péritonite par perforation, ni les gangrènes, ni les suppurations, qui éternisent la maladie.

« Du reste, l'autopsie ne laisse voir que des plaques elliptiques assez rares, vers la fin de l'iléon, plutôt grises et molles que rouges et dures, pointillées et érodées plutôt qu'ulcérées. Des ulcérations caractéristiques sont pourtant consignées dans les autopsies faites avant moi, à la Basse-Terre, en 1848 et 1849.

« Les lésions pulmonaires ne sont guère que de l'hypérémie, et c'est l'encéphale qui présente les plus graves altérations.

« Telle est la fièvre typhoïde, toujours rare, je le répète, puisque je n'en compte pas plus de quatre à cinq cas pour une année sur plus de deux mille malades qui j'ai observés aux Antilles. C'est plutôt la gastro-entérite ou la gastro-céphalite grave des classifications physiologiques, mais ce n'est pas la maladie complexe qui résulte de la combinaison de l'élément paludéen avec l'élément typhoïde, telle qu'elle est représentée dans les épidémies de Cayenne et de Mayotte. Je l'ai toujours distinguée d'ailleurs des complications par l'état typhoïde que présente assez fréquemment les diverses maladies endémiques, fièvre pernicieuse, dysentérie, hépatite, fièvre jaune même, et que j'ai observées comme on les observe dans toutes les localités palustres.

« J'estime qu'il y a erreur et danger à confondre sous une même dénomination, dans une même description ces maladies très différentes, par leur nature, de la fièvre typhoïde; erreur, parce qu'en analysant les symptômes, on peut remonter à la maladie primitive, qui n'est pas la fièvre typhoïde; danger, parce que le traitement peu arrêté, peu actif pour la plupart des médecins, de la fièvre typhoïde, est en opposition avec la rapidité d'action et quelquefois avec la nature du traitement que réclament les maladies endémiques.

« Dégagée de toute complication, la fièvre typhoïde est donc une maladie

rare, et presque toujours modifiée dans les climats intertropicaux. Elle est encore plus rare parmi la population créole, parmi les Européens, et n'attaque guère ceux-ci que pendant la première année de leur séjour, toujours d'après ma propre observation.

« Quant à la cause de cette rareté, elle me semble rationnellement expliquée par M. Laure, qui la fait consister, non pas dans un antagonisme que les fréquentes combinaisons de cette fièvre avec les maladies endémiques de toute sorte démentent, mais dans les influences hygiéniques qui résultent de la disposition des habitations dans les pays chauds. Là, où des ouvertures nombreuses semblent appeler l'air extérieur et en favorisent la circulation, il est difficile, à moins de circonstances extraordinaires, que le miasme animal se concentre et acquière une certaine densité; tandis que cette communication libre de nuit et de jour avec l'air ambiant, favorisée souvent par l'évitement au vent et par la disposition intérieure des maisons, qui sont construites pour la fraîcheur, permet l'entrée sans entrave des émanations du sol. A l'encombrement des casernes qui a été signalé comme cause d'épidémie typhoïde dans certaines localités, il faut encore ajouter les bouleversements de terrains et les travaux d'installation qui les font souvent naître. » (Dutrouleau, *loc. cit.*, p. 97.)

L'extrait que je viens de rapporter en entier peut se décomposer de la manière suivante :

1° La fièvre typhoïdde n'a été indiquée dans l'hôpital de Fort-de-France que depuis 1848, et dans celui de Saint-Pierre que depuis 1840, c'est-à-dire dans les deux établissements à partir du moment ou Fazeuille, Eydoux, Amic et Gonnet furent chefs de service (1).

2° De 1848 a 1852, la fièvre typhoïde a été très rare à Saint-Pierre.

3° On a souvent appelé du nom de fièvre typhoide la forme insidieuse grave de la fièvre inflammatoire.

4° La fèvre typhoïde est rare à la Martinique, elle n'attaque guère les Européens que pendant la première année de leur séjour.

5° Elle est plus rare encore chez les créoles que chez les Européens.

6° La raison de la rareté de la fièvre typhoïde aux Antilles est plutôt dans les influences hygiéniques que dans une autre cause.

Mais avant d'aller plus loin, pour qu'on ne se méprenne pas sur le respect que j'ai pour l'opinion comme pour la personne de Dutrou-

(1) Chefs de service à Fort-de-France, 9 novembre 1839 à juillet 1848 : Câtel. Juillet 1848 à mars 1856 : Amic.
Chefs de service à Saint-Pierre, de mai 1834 à novembre 1839 : Câtel.
En 1840 : Fazeuille.
En 1841 : Eydoux.
De septembre 1841 à 1er juillet 1845 : Amic.
De juillet 1845 à juillet 1848 : Gonnet.
De 1848 à octobre 1852 : Dutrouleau.

leau, qui est certainement une des premières personnalités, sinon la plus considérable de la médecine navale, et je dois ajouter un des maîtres pour lesquels j'ai la vénération la plus grande, je dois chercher à expliquer comment il est arrivé à formuler une opinion si différente de celle de ceux qui ont servi après lui aux Antilles.

Eh bien, voici le mot de l'énigme : Dutrouleau avait servi sous les ordres de Câtel en 1842-43-44 à Fort-de-France, et il avait vu appeler la fièvre inflammatoire du nom de gastro-céphalite, sans quele mot fièvre typhoïde eût été prononcé; puis il avait été appelé à servir à la Guadeloupe et, vers 1849, il revint comme chef du service à Saint-Pierre; voyant cette fois Amic donner le nom de fièvre typhoïde aux états que j'ai rattachés à la fièvre dite inflammatoire. Observateur attentionné et précis, n'aimant pas à se payer des *à peu près*, Dutrouleau compara ces états à la véritable dothiénentérie, et ne trouva pas une identité parfaite entre les symptômes ou les lésions anatomiques des deux maladies ; de sorte qu'il nia ainsi résolument que la fièvre typhoïde existât là où on la lui montrait.

On sait que Dutrouleau, qui était un observateur aussi distingué qu'un écrivain véridique et consciencieux, a dit très positivement que la fièvre typhoïde est tellement rare aux Antilles qu'on peut révoquer en doute son existence. Or l'observation ultérieure des faits a démontré que cette assertion est inexacte.

1° *La fièvre typhoïde n'a été signalée à Fort-de-France qu'en* 1848 *et à Saint-Pierre en* 1840, *sous l'influence des idées du chef du service de santé du moment.*

Nous savons, pour l'avoir dit précédemment, que les registres d'autopsie de Fort-de-France ne remontent que jusqu'en 1840 et nous avons fourni des preuves irrécusables que la fièvre typhoïde avait existé bien qu'elle ne fût pas appelée de ce nom, en 1841, 1843, 1845, etc., etc. Les registres de Saint-Pierre ne remontent qu'à 1845, et dès le début on y voit des autopsies révélant les lésions de la dothiénentérie. Par conséquent, si Dutrouleau a eu raison de dire que le nom de fièvre typhoïde n'a été prononcé que lorsqu'un chef du service nouveau est parvenu, nous devons reconnaître que, sous le nom de gastro-céphalite de typhus ou de fièvre pernicieuse, Câtel et ses prédécesseurs avaient désigné et certainement vu la dothiénentérie à la Martinique.

2° *De* 1848 *à* 1852 *la fièvre typhoïde a été très rare à Saint-Pierre.*

Il n'est pas possible de dire le contraire, mais remarquons aussi qu'ici Dutrouleau est juge et partie, de sorte qu'il ne faut pas en inférer de cette affirmation pour conclure que la maladie a fait défaut à la Martinique. Or, comme nous voyons qu'à Fort-de-France la fiè-

vre typhoïde ne fut ni plus ni moins rare de 1848 à 1852 que de 1840 à 1848 ou de 1852 à nos jours; nous pouvons en inférer que si Dutrouleau avait été plus disposé à voir la dothiénentérie, il l'aurait peut-être plus souvent diagnostiquée qu'il ne l'a fait.

Il semble que nous faisons là à Dutrouleau le reproche d'avoir fait pencher la balance intentionnellement dans un sens plutôt que dans l'autre, et notre respect pour lui est cependant si grand que nous avons besoin de nous expliquer à ce sujet, car nous ne voudrions pour rien au monde qu'on pût penser que nous avons essayé ou même désiré amoindrir quelque peu le grand mérite de cet homme remarquable, digne à tous égards de la sympathie et de la reconnaissance des médecins de la marine. Cette explication va venir tout naturellement dans la discussion de la proposition suivante.

3° *On a souvent appelé du nom de fièvre typhoïde, la forme insidieuse et grave de la fièvre inflammatoire.*

Dutrouleau a mille fois raison pour une dans cette proposition, et nous qui pouvons aujourd'hui juger synthétiquement de toute une époque assez étendue, avec la collection des rapports des chefs du service de 1820 à 1877, nous pouvons facilement constater qu'au moment précisément où Dutrouleau prenait la direction du service de Saint-Pierre, Amic qui arrivait à Fort-de-France, appelait du nom de fièvre typhoïde, la forme insidieuse de la fièvre inflammatoire et tendait ainsi à donner à ce nom une extension et une signification injustifiées. Dutrouleau le comprit très bien et pour contre-balancer l'exagération dans un sens, il crut nécessaire d'accentuer plus fortement dans le sens contraire, de sorte que lui comme Amic s'écartèrent un peu du terme moyen qui est, je crois, l'exacte réalité.

Nous croyons fermement comme Dutrouleau qu'il y a erreur et danger à confondre les deux maladies; aussi pour ne pas donner à notre travail actuel une étendue que notre cadre ne comporte pas, nous renvoyons le lecteur à notre étude in extenso sur la fièvre inflammatoire, où nous nous sommes suffisamment occupé de la question, je crois, pour qu'on puisse établir ce diagnostic différentiel avec quelque précision.

4° *La fièvre typhoïde est rare à la Martinique.*

Nous reconnaissons en effet que la dothiénentérie est assez rare à la Martinique, mais comme on l'a fait remarquer pour certaines autres localités, ce n'est pas parce qu'elle ne peut s'y développer ou s'y perpétuer, toutes choses égales d'aliileurs, c'est parce que, comme le reconnaissait Dutrouleau lui-même, la raison de sa rareté est plutôt dans des influences hygiéniques que dans toute autre cause.

5° *La fièvre typhoïde n'attaque guère les Européens que dans la première année de leur séjour à la Martinique.*

Certes, on pourrait si on voulait fournir même des chiffres en faveur de cette opinion de Dutrouleau, ce qui n'empêche que je la crois entièrement erronée; et en effet, songeons-y bien, la fièvre typhoïde chez les soldats et les marins qui constituent la majeure partie de la population des hôpitaux militaires, est une maladie des premiers temps du service; par conséquent il est naturel que ce soit surtout pendant la première année qu'on les voie atteints, à la Martinique comme en Europe. — D'autre part les équipages du Commerce passent à peine deux mois dans la colonie et alors, on le comprend, tous les individus qu'ils envoient atteints de dothiénentérie sont à leur première année de séjour. Mais si, au contraire de ce que disent les chiffres seuls, nous pouvions faire la proportion des prédispositions suivant l'âge, le temps de service, etc., etc., des hommes, nous arriverions, j'en ai la conviction absolue, à trouver qu'il n'y a pas de raison particulière au pays et que la première comme la seconde, comme la dixième année du séjour dans la colonie, chacun y court les chances qui seraient inhérentes à sa catégorie dans un autre pays.

Nous répondons ainsi par avance à une question incidente qu'on pourrait nous poser, à savoir si, par le fait de l'habitation dans la colonie, les individus perdent peu à peu l'aptitude à contracter la fièvre typhoïde et je connais nombre de praticiens éclairés qui, tout en admettant comme prouvé par des faits irrécusables que la fièvre typhoïde se transmet des soldats nouvellement arrivés aux soldats de la garnison arrivés précédemment, pensent aussi qu'après deux ans de séjour à la Martinique, l'Européen a perdu l'aptitude à contracter la dothiénentérie.

Sur quoi basent-ils leur opinion? sur ce qu'en ayant soin de tenir compte du temps de séjour à la colonie des militaires traités à l'hôpital, ils ont constaté que la fièvre typhoïde est de plus en plus rare chez eux, à mesure qu'ils ont plus de temps de séjour dans la colonie, et qu'au delà de deux ans de présence, ils n'ont vu aucun individu être atteint.

Je dirai d'abord que la raison n'est pas aussi péremptoire qu'elle le paraît au premier coup d'œil, et je rappellerai ici pour mémoire ce que j'ai dit précédemment en m'occupant de la fièvre typhoïde au Sénégal : c'est qu'avant d'accepter comme démontrée sa rareté, parce qu'on n'en a vu qu'un nombre peu considérable de faits dans un contingent plus ou moins nombreux, il faut se souvenir que la fièvre typhoïde est une maladie des adolescents, des pensionnaires, des

conscrits; de sorte que lorsqu'un soldat arrive dans une colonie, il a très souvent déjà été malade au début de son service, il présente une certaine immunité au moins s'il n'a pas été atteint, puisqu'il a déjà habité au milieu d'un foyer épidémique.

Une fois arrivé dans la colonie, il a naturellement d'autant moins de chances d'être pris par la maladie qu'il a plus de temps de séjour; pour la raison que, chaque année, il a deux ou trois fois l'occasion de se trouver dans un milieu contaminé et que par conséquent, s'il a échappé trois, quatre ou cinq fois déjà à ses atteintes, il y a de grandes probabilités pour qu'il soit très réfractaire. Mais cependant, on ne peut en inférer, on en conviendra, que c'est le séjour dans la colonie, dans le pays tropical qui est la cause de cette immunité.

Ai-je besoin de fournir des observations à l'appui de mon opinion? Non, je pense; il suffit que j'affirme avoir soigné, vu mourir, autopsié nombre d'individus atteints de fièvre typhoïde et ayant un, deux, trois, cinq ans de séjour à la Martinique, pour qu'on admette ce que j'avance comme démontré.

6° *Elle est plus rare encore chez les créoles que chez les Européens.*

J'avoue que je ne sais comment répondre à cette question, car les Européens et les créoles ne sont guère comparables sous ce rapport, il me semble. Et en effet, remarquons que sur cent créoles il y a naturellement des individus des deux sexes, des enfants, des adolescents, des adultes et des vieillards, comme dans toutes les populations possibles; d'autre part ces individus sont dans leurs conditions ordinaires d'existence et n'ont subi récemment aucune modification profonde dans leur manière de vivre. Quand on observe, au contraire, 100 soldats, on voit qu'il n'y a que des jeunes hommes de 18 à 30 ans, c'est-à-dire ceux qui sont les plus prédisposés à contracter la fièvre typhoïde. Il y a nombre de conscrits, etc., etc., de sorte que vraiment, si on ne voyait pas plus chez eux que chez d'autres la dothiénentérie, il faudrait vraiment avouer qu'ils jouissent d'une véritable immunité.

7° *La raison de la rareté de la fièvre typhoïde aux Antilles est plutôt dans les influences hygiéniques que dans une autre cause.*

Au fond, Dutrouleau a dit le mot final de la question par cette dernière proposition, mais il faut convenir aussi que cette proposition infirme alors toutes celles qu'il avançait avant. Oui, la manière de vivre au grand air, dans des centres de population peu denses, avec des habitudes de propreté corporelle qui doivent diminuer l'intensité d'action des germes: voilà sans doute des conditions qui font que, toutes choses égales d'ailleurs, la fièvre typhoïde se voit moins dans nos colonies que dans les grandes villes d'Europe; mais si nous

allions observer cette fièvre dans les quartiers populeux de la Havane, de Rio-Janeiro, etc., etc., nous arriverions, je le crains bien, à constater qu'elle y fait autant de victimes que dans n'importe quel centre analogue des pays tempérés.

La question pourrait être considérée comme jugée. Nous devons cependant, pour compléter notre discussion, parler ici de la troisième proposition de Rufz de Lavison, que nous avions laissée intentionnellement de côté précédemment; nous avons à nous demander si la fièvre typhoïde s'éteint d'elle-même sur le rivage Martiniquais, quand elle y est apportée.

La fièvre typhoïde apportée d'Europe par les nouveaux arrivés peut-elle se transmettre à la Martinique à des Européens habitant la colonie depuis un certain temps?

Bien que M. Rufz ait pensé le contraire, nous croyons qu'on peut admettre comme exact que la fièvre typhoïde apportée par les nouveaux arrivés peut se transmettre aux Européens habitant la colonie depuis un certain temps; nous l'avons constaté maintes fois pour notre compte et nous en trouvons de nombreux exemples dans les rapports trimestriels des hôpitaux de Saint-Pierre et de Fort-de-France. Ainsi, par exemple, voici une observation probante dans cet ordre d'idées : en juin 1849, des militaires arrivent d'Europe à la Martinique avec les germes de la fièvre typhoïde ; plusieurs d'entre eux succombent dans le cours de l'été, et au mois de septembre un soldat nommé Challier, qui était à la colonie depuis 3 ans, vivant dans la caserne à côté de ses camarades infectés, est atteint à son tour et succombe à la dothiénentérie, ainsi que le montre l'observation suivante.

Observation XVIII.

Fièvre typhoïde contractée après un séjour de trois ans dans la colonie. Mort. — Autopsie.

Challier (Alfred), âgé de 22 ans, f. à la 3e compagnie du 2e régiment d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 22 septembre 1849. Ce militaire est malade depuis quinze jours, il est depuis trois ans dans la colonie.

Quinze jours avant son admission, Challier éprouve, vers 8 heures du soir, des coliques et des nausées. L'abdomen était tendu, sensible à la pression, cet état se compliqua bientôt d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe, non effectuées, après de violents efforts, le malade ne rendait qu'une petite quantité de mucosités mêlées à du sang.

Ces excrétions étaient suivies de sueurs froides, de faiblesses dans les jambes et de crampes douloureuses, de tintements d'oreille et d'éblouissements, de cuisson vive à l'anus. La perte des forces musculaires à cette

époque surtout fut considérable. Le malade pourtant n'eut que deux selles.

Le lendemain les selles avaient totalement changé de nature, elles étaient séreuses, liquides. Les douleurs de la veille, les crampes, les faiblesses, etc., avaient disparu ainsi que la cuisson à l'anus et le ténesme. Challier n'accusait plus qu'une douleur à l'hypogastre qu'il ne pouvait localiser et un sentiment de pesanteur à l'anus.

Les jours suivants, les symptômes n'augmentèrent pas d'acuité. Il y avait perte d'appétit, saveur amère et sécheresse de la bouche, dégoût prononcé pour les aliments, soif, sentiment de malaise dans le creux épigastrique, après l'ingestion des boissons ; cette ingestion était, peu d'instants après, suivie d'une selle accompagnée de gargouillements et de coliques.

Sept jours avant son entrée, le 15 septembre, il éprouva un accès de fièvre qui parut à 8 heures du soir, débuta par le stade de frissons, fut suivi de chaleurs et de sueurs, et dura deux heures.

Le 16, l'accès reparut vers 8 heures du matin, mais accompagné de nausées, de gêne et de constriction douloureuse à l'épigastre, sans céphalalgie et parcourut les mêmes périodes que le précédent. Depuis cette époque, l'accès continue de se montrer à des heures variées, soit dans la journée, soit dans la nuit, suivant toujours la même marche. Le dernier a eu lieu ce matin, vers 8 heures.

État actuel, *22 septembre*. — Langue rouge, humide, douleurs à l'épigastre, soif, pas de nausées, anorexie, saveur amère et sécheresse de la bouche, 5 selles liquides depuis 6 ou 7 heures, pas de coliques, pas de douleur à l'hypochondre droit, pas de fièvre ; urines libres.

(Diète ; eau alb. ; demi-bain ; 20 sangsues à l'épig. ; cataplasme abd. ; demi-lav. amyl. et laud. ; frictions de teinture d'Huxam et quinine, s. l. f.)

Le 23. 4 selles séreuses dans les 24 heures ; pas de nausées ; soif vive. Les douleurs de l'épigastre sont moins intenses, langue grisâtre au centre; rouge à la pointe et à ses bords. Le malade est sans fièvre. (Diète ; eau alb., frictions sèches ; 1 gr. de quinine en 6 pilules).

Le 24. Même état, 5 selles dans les 24 heures. (Eau de riz ; 6 vent. sèches abd. fom.).

Le 25. Légères coliques, hier au soir ; 3 selles dans les 24 heures ; perte des forces musculaires ; les symptômes gastriques persistent ; céphalalgie hier au soir ; pas de fièvre. (Diète ; eau de riz g. ; p. vésicatoire à la nuque ; frict. sèches ; un quart lav. amyl. et laud.).

Le 26. Les selles continuent, elles sont toujours séreuses, très fétides au nombre de trois ou quatre dans les 24 heures. Le ventre est moins sensible à la pression. Le malade accuse une grande faiblesse, la face est pâle, les traits altérés, exprimant une profonde souffrance. L'accès n'a pas reparu. (Eau gommée ; frict. huile camph. laud. ; cat. abd. ; crème légère).

Le 27. Les selles ont été plus abondantes cette nuit, compliquées de nausées et de vomissements, de tiraillements douloureux dans la région épigastrique ; peau chaude ; pouls petit, fréquent ; stupeur de la face ; prostration générale ; abattement. (Diète ; eau de riz ; un quart lav. amyl.

et laud.; vésicatoire à la partie interne des jambes; comp. oxyc. sur le front; fom. émol. à l'abdomen).

Le 28. Même état; même prescription.

Le 29. Les symptômes gastriques persistent; peau chaude, sèche, terreuse; le pouls est petit, accéléré. (Eau de riz; synap. aux extrémités; p. de vésicatoires; fom. émol. abd.; un quart lav. amyl. et laud.)

Le 30. Nausées et vomissements provoqués par l'ingestion des boissons, même à très petites doses; douleur et gêne à l'épigastre; inspiration douloureuse à cause de la sensibilité de l'épigastre; la langue est sèche, fuligineuse, ainsi que les dents. Cet organe est rude au toucher; soif vive; 5 ou 6 selles dans les 24 heures; agitation continuelle et délire cette nuit. Ce matin, le malade est dans un état de prostration générale; peau froide; pouls petit, filiforme; facies hippocratique. (Diète; eau de riz; fom. émol. abd.; un quart lav. amyl. et laud.; frict. teint. d'Huxam et quinine s. l. f.)

1er octobre. Les selles et les vomissements continuent avec plus de fréquence; gêne dans l'acte respiratoire; les muscles de la poitrine sont endoloris, sensibles au toucher; la respiration est pénible, suspirieuse; le délire se succède à l'abattement et persiste encore. Le malade est dans un état d'anxiété continuelle. Dans la nuit du 30 septembre au 1er, il est parvenu à s'échapper des mains de ses gardiens et fait une chute, qui n'a eu pour résultat qu'une contusion du coude avec déchirure de la peau. La langue est toujours sèche, raccornie; les dents fuligineuses; la soif est extrêmement vive; la peau chaude, sèche; le pouls petit, filiforme. (Même prescription; 6 pil. de quinine).

Le délire est remplacé par une prostration générale, la peau se couvre de sueurs froides, visqueuses; le pouls s'accélère et devient imperceptible; la peau est d'une teinte pâle, comme si le sang avait abandonné les capillaires; la face plombée; les yeux presque éteints, enfoncés dans leurs orbites; l'agonie survient vers 1 heure du matin, le 2 octobre et à 2 heures, le malade succombe.

Autopsie 12 heures après la mort.

Rigidité cadavérique très prononcée; forte constitution; plaie à l'articulation huméro-cubitale gauche

Crâne. — Injection très prononcée des vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau; épanchement sanguin en forme de plaques rouges sur les circonvolutions, cet épanchement a aussi lieu dans les anfractuosités. Les sinus de la dure mère sont gorgés de sang. Il y a épanchement de sérosité abondante à la base du crâne.

La masse encéphalique est ramollie, d'un aspect sablé de points rouges, lorsqu'on l'incise. Les ventricules contiennent de la sérosité.

Le cervelet est dans les mêmes conditions.

Thorax. — Cœur et poumons sains.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac ramollie s'enlève facilement sous forme de pulpe grisâtre, une large plaque d'un rouge brun occupe le

grand cul-de-sac, des arborisations d'une teinte vermeille se rencontrent vers l'orifice pylorique. L'estomac contient des gaz et un mucus pultacé.

En parcourant l'intestin grêle du pylore à la valvule iléo-cæcale, on remarque dans les deux tiers supérieurs de cet organe quelques arborisations plus fréquentes au duodénum, mais en suivant le tiers inférieur, on observe vers la fin de l'iléon une innombrable quantité de glandes, ayant assez l'aspect d'une éruption miliaire, des plaques en relief, tantôt intactes, tantôt injectées ou ulcérées. Celles qui sont dans ces dernières conditions sont circonscrites par un bourrelet violacé, la muqueuse est décollée à leur circonférence dans une étendue plus ou moins grande, d'autres ulcérations isolées, provenant de glandes de Brunner, altérées, ont leurs bords taillés à pic et décollés, leur plancher est formé par la musculeuse ou quelquefois même par la séreuse, une tache noirâtre, circonscrite, occupant la face externe de l'intestin, correspond dans ce cas au plancher de l'ulcère.

Le foie est hypertrophié, gorgé de sang, son tissu est cassant, sec. La vésicule du fiel contient une bile jaunâtre, claire.

Rate hypertrophiée, ramollie, d'une consistance pulpeuse, ressemblant à un énorme caillot de sang.

Les autres organes de l'abdomen n'offrent rien d'insolite.

Les accès de fièvre éprouvés par cet homme avant son entrée à l'hôpital, nous ont engagé à lui administrer la quinine pour conjurer de nouveaux paroxysmes, et combattre le caractère typhoïde qu'a présenté cette maladie ; l'autopsie n'a laissé au reste aucun doute sur le diagnostic que nous avions porté, en la désignant sous le titre d'entorite typhoïde.

J'étonnerai bien le lecteur en lui disant que cette observation a été recueillie à Saint-Pierre et rédigée par Dutrouleau lui-même.

Pour tâcher de faire notre description aussi complète que possible, je dois encore étudier en détail la proposition suivante : Dans le cas où la fièvre typhoïde se montre chez les indigènes, présente-t-elle chez elle des différences ou bien est-ce absolument la même maladie ; en un mot, y a-t-il ou non une fièvre typhoïde spéciale aux créoles? Je me hâte de répondre non, affirmant que, dans nombre de cas que j'ai eu l'occasion de suivre, je n'ai pu saisir tant pendant la vie qu'après la mort, aucune différence appréciable.

Il me paraît donc démontré, d'après tout ce que je viens de dire de la fièvre typhoïde, qu'elle peut s'observer à la Martinique et que, bien que relativement plus rare que dans certaines villes d'Europe, peut-être elle atteint les Européens comme les indigènes, sans qu'une immunité de race puisse être invoquée en faveur de ces derniers, ou que la zone tropicale puisse être considérée comme capable de diminuer la fécondité des germes morbides de la dothiénentérie.

En réunissant tous les faits de fièvre typhoïde venus à ma

connaissance, tant à Saint-Pierre qu'à Fort-de-France et en les ramenant au dénominateur de 100 par mois, comme je l'ai fait à plusieurs reprises et pour d'autres maladies dans le cours de ce travail, je suis arrivé aux résultats ci-après : janvier 130, février 158, mars 112, avril 102, mai 65, juin 74, août 74, septembre 84, novembre 112, décembre 122.

D'après ce tableau, on voit que la maladie est à son minimum de fréquence au mois de mai et qu'elle reste à peu près dans les mêmes proportions jusqu'au mois de septembre, moment où elle augmente assez régulièrement d'un dixième par mois jusqu'au mois de janvier. A ce moment, il y a une poussée plus forte que précédemment, puisque le mois de février a un écart de près de 2 dixièmes sur le chiffre de janvier et, dès le mois de mars, la proportion baisse très vivement, de telle sorte qu'en mai on est arrivé au moment le moins chargé.

Le chiffre moyen des six mois frais est de 123, celui des six mois d'hivernage ou chauds est de 77, donc il est incontestable que l'époque la plus chaude de l'année semble la moins favorable à l'évolution de la maladie sous le rapport épidémique. Mais remarquons qu'il peut bien se faire aussi que cette différence tienne seulement à ce qu'il arrive beaucoup plus de soldats et de marins pendant les six mois de novembre à avril que de mai à octobre.

Si nous essayons de dire quelques mots sur les divers phénomènes de la maladie, nous devons constater d'abord que, sous le rapport thermique, la maladie ne m'a pas paru présenter de différence notable d'avec ce qui se voit en Europe, et nous devons considérer comme exceptionnelle la forme observée par Ballot, dont je donne ici le détail emprunté à son rapport lui-même.

Parmi les fièvres typhoïdes relativement nombreuses, reçues pendant le mois de février et surtout de mars dernier dans l'hôpital de Saint-Pierre, nous avons observé sur plusieurs soldats et marins, une variété de forme de la fièvre typhoïde, que nous n'avons encore observée nulle part. La peau au lieu d'être sèche, âcre et brûlante, comme on le voit d'habitude pendant la période d'état de cette pyrexie, était recouverte comme dans la suette de sueurs excessives qui duraient huit, dix jours, et parfois deux semaines.

La maladie débutait par un violent accès de fièvre précédé de frissons; la peau restait âcre, sèche pendant 24 et 36 heures, puis sans que le pouls baissât sensiblement (il se maintenait entre 100 et 120 pulsations par minute) la peau quoique brûlante se couvrait d'une sueur abondante, souvent excessive qui coulait de tout le corps et semblait macérer la peau des mains. Le malade qui était rarement assoupi était habituellement agité, sans sommeil, la langue était souvent rôtie. Quelquefois du météorisme, toujours du gaz dans la fosse iliaque droite se rencontraient. Il existait rarement de la constipation, presque toujours au contraire de la diarrhée, sur les six malades

qui ont présenté cette variété de forme de l'affection typhoïde. Sur presque tous le liséré blanchâtre des gencives, des sudamina, des taches et sur deux ou trois des pétéchies ont été observées.

Un de ces malades, mort presque subitement pendant la convalescence d'une péritonite, résultant d'une perforation intestinale, a offert à l'autopsie les plaques de Peyer, ulcérées pendant les deux derniers mètres de l'intestin grêle presque toutes en voie de cicatrisation. Une d'elles présentait seule une perforation ronde d'environ 4 millimètres de diamètre, par laquelle un lombric, le seul qu'on ait trouvé dans le cadavre, avait passé dans la cavité péritonéale; et avait donné lieu par sa présence à la maladie mortelle qui était venue tromper nos espérances de guérison. (*Rapport du 1er trimestre de* 1858, Fort-de-France, Ballot).

Les phénomènes thoraciques sont plus rares dans la fièvre typhoïde à la Martinique qu'en Europe, la raison en est très probablement dans la température ambiante. En revanche « La forme in« flammatoire se présente au contraire chaque jour à notre observa« tion. L'insolation, les fatigues du service et la richesse du tempéra« ment qui ne s'est pas encore modifié par un séjour prolongé dans « les colonies, en sont les causes ordinaires ; ce sont les militaires em« ployés à des travaux de grandes routes et aux fourrages de l'artillerie qui, par la nature de leur service, y sont les plus exposés. » (Amic, rapport de 1851.)

La forme adynamique de fièvre typhoïde est assez rare à la Martinique. Les cas qui se présentent appartiennent souvent à des sujets récemment débarqués et chez lesquels il est permis de croire à l'existence d'un germe apporté de France. C'est même ce qui a fait nier par quelques médecins la possibilité de contracter cette maladie dans la colonie, ce qui est une erreur incontestable pour quiconque a été à même d'observer sur une grande échelle. (Amic, rapport sur l'année, 1851.)

Le météorisme du ventre est un des caractères de gravité de la fièvre typhoïde; à la Martinique, il arrive souvent que la tympanite se développe au point de provoquer l'asphyxie mécanique. Enfin, ajoutons qu'il est peut-être moins rare qu'en Europe de voir des cas de fièvre typhoïde légers en apparence, se terminer brusquement par une perforation intestinale qui entraîne la mort à courte échéance. Les deux observations suivantes semblent le prouver.

Observation XIX.

Fièvre typhoïde paraissant tout d'abord très légère, incomplète même. — Accidents subits pendant la convalescence. — Mort; autopsie; perforation intestinale.

Force, artilleur à la colonie depuis 3 ans, entré à l'hôpital de Saint-Pierre le 20 avril 1858, avec une fièvre typhoïde « des plus légères comme expression symptomatique. » A tel point point que je n'ai fait porter sur la feuille de clinique le diagnostic de fièvre typhoïde que vers le commencement de la convalescence, alors que je n'avais plus à attendre de la marche de la maladie des lumières sur la nature. Ce n'est pas que depuis plusieurs jours j'eusse la moindre incertitude, mais un excès de scrupule me retenait en me faisant craindre de paraître admettre trop bénévolement la fièvre typhoïde. Ce malade n'a offert ni expression typhoïde, ni troubles des sens, ni plaques lenticulaires, une fois ou deux seulement des selles diarrhéiques, il y avait chez lui état fébrile assez vif au début, céphalalgie peu intense, qui a été de courte durée, un peu de sécheresse de la langue après les premiers jours. Chaleur âcre de la peau, facies altéré par une teinte pâle et brune, pouls un peu redoublé, météorisme, pas de localisation susceptible d'expliquer la durée de l'état fébrile et les symptômes concomitants; malgré une douleur assez vive pendant quelques jours au-dessous du rebord des fausses côtes du côté gauche. Je pensais tout d'abord à une fièvre larvée, opinion que j'abandonnai en présence des phénomènes ultérieurs. Ce malade un peu indocile était plein de confiance dans la quinine et il en demandait parfois avec humeur, parce que, disait-il, on l'avait souvent guéri d'affections semblables par la quinine, » la fièvre cessa bientôt, les forces revinrent assez vite et le sujet se levait presque toute la journée depuis près deux semaine, lorsque tout à coup des douleurs vives surviennent dans l'abdomen, frissons prolongés. Tension progressivement croissante et sensibilité excessive du ventre, pouls petit et fréquent 150 à à 160. Quelques vomissements vers la fin. Mort le troisième jour.

Autopsie.

Le péritoine viscéral et le grand épiploon sont d'un rouge foncé, coloration disposée en fines arborisations dans la cavité péritonéale, liquide citrin un peu noirâtre en assez grande quantité à la surface des intestins et sur les parois du petit bassin est déposée une matière purulente qui en quelques points n'a qu'une consistance crémeuse, et qui ailleurs plus solide se rapproche de l'albumine coagulée. Dans le petit bassin il y a un liquide purulent, séparé sans doute par précipitation du reste de l'épanchement.

Les ganglions mésentériques vers la fin de l'intestin grêle sont notablement tuméfiés, leur coupe offre en quelques endroits une couleur rouge lie de vin, ailleurs une surface d'un blanc grisâtre, couleur qui tient sans doute à une infiltration purulente. Dans l'un d'eux a été trouvé un petit foyer purulent du volume d'un grain de chènevis. Le tissu des ganglions cons-

dérablement ramolli, s'écrase entre les doigts à la manière du tissu splénique.

Dans l'intestin grêle, il y a une dizaine de plaques de Peyer ulcérées à divers degrés sur deux de ces plaques, les parois intestinales ont été complètement détruites par le travail ulcéreux, elles présentent des perforations à peu près circulaires de 3 à 4 millimètres de diamètre; on n'a trouvé dans la cavité péritonéale aucune trace d'épanchement des matières intestinales à la fin de l'intestin grêle développement des follicules isolés, quelques-uns très superficiellement ulcérés.

Rate volumineuse, 18 centimètres de longueur sur 11 centimètres de largeur. Tissu ramolli et friable comme d'ordinaire.

OBSERVATION XX.

Fièvre typhoïde accompagnée de phénomènes réactionnels assez légers pour ne pas nécessiter l'entrée à l'hôpital pendant la période fébrile. — Envoi à l'hôpital pendant la convalescence. — Maladie inconnue. — Perforation intestinale; mort; autopsie.

Le nommé Petit Alphonse, âgé de 22 ans, né dans le Pas-de-Calais, soldat d'infanterie de marine à la Martinique depuis 26 mois, arrivé à l'hôpital de Fort-de-France, le 1er décembre 1875. Le billet porte gastralgie. A l'entrée, la feuille de clinique donne les indications suivantes : quatre entrées antérieures à l'hôpital, les deux premières pour fièvre, la troisième pour bronchite, la quatrième pour dysentérie, le sujet pâle et anémié se plaint de gastralgie, toux sèche, pas de fièvre, un peu de diarrhée. On prescrit : tilleul; 5 gr. sous-nitrate de bismuth.

Le 2 décembre, le malade dit avoir eu un accès de fièvre dans la soirée de la veille; je l'ausculte et ne trouve rien aux poumons, ni au cœur; le sujet dit avoir eu trois selles séreuses : langue blanche, sensibilité au creux épigastrique. — Pr : quart de vin; 5 gr. de sous-nitrate de bismuth *bis*; 0,75 s. quin.

Le 3 décembre, plusieurs selles séreuses, sensibilité de l'abdomen, langue blanche et chargée. — Pr : le matin, quart le soir.; 30 gr. d'huile de ricin.

Le 4 décembre, le sujet a eu plusieurs selles par le purgatif; la langue est encore chargée, il accuse toujours de la sensibilité au creux épigastrique, et dit avoir l'estomac ballonné après chaque repas. — Quart de lav.; tilleul; deux paquets de poudre de Paterion (magnésie et bismuth, à 2 gr.). — Potion laudanisée à 10 gouttes à prendre par moitié après chaque repas.

Le 5 décembre, même état ; même prescription.

Le 6 décembre, le malade dit avoir eu plusieurs selles séreuses et des coliques pendant la nuit, avoir eu ce matin au jour quelques vomissements bilieux; la langue est large, chargée; je considère que Petit est sous l'impression de l'embarras bilieux que présentent plusieurs autres malades, le même jour. — Pr : 30 gr. huile de ricin.

A 3 heures du soir, je trouve le malade baigné d'une sueur profonde ; il dit avoir eu de la fièvre à midi ; je prescris du tilleul chaud et 1 gr. s. quin.; la soirée n'est pas mauvaise ; à 8 heures du soir, la contre-visite le trouve endormi ; le lendemain à 4 heures du matin, il se plaint, a des vomissements ; la sœur le trouve à toute extrémité ; froid, sueurs glacées ; à 5 heures, la mort survient.

Autopsie faite quatre heures après la mort.

Habitude extérieure. — Embonpoint médiocre, peu de raideur, pâleur du cadavre.

Thorax. — Poumons et cœur sains.

Abdomen. — En réunissant la paroi abdominale, on n'est pas peu surpris de voir sortir de la sérosité purulente du péritoine ; phlogose intense de l'épiploon et des intestins. Un examen attentionné montre une perforation de l'intestin grêle à 20 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale ; cette perforation a été donc la cause de la mort.

Le tube digestif extrait du corps, on trouve que le gros intestin est à l'état d'intégrité ; on voit sur la fin de l'intestin grêle des plaques de Peyer à tous les degrés de leur évolution d'othénentréique, une d'elles a provoqué une ulcération *leuci elliptique* de toutes les tuniques qui a entraîné la perforation, une autre a détruit jusqu'à la moitié de l'épaisseur de la tunique musculeuse.

Le foie pèse 1980 grammes, il est de couleur normale, un peu gorgé de sang, sans ramollissement.

La rate pèse 125 grammes, elle est un peu ramollie, mais assez consistante encore, rien d'appréciable aux reins.

Une mort aussi prompte a dû m'étonner à bon droit, je l'avais rattachée à un accès pernicieux survenant chez un anémique, l'autopsie m'a montré la véritable cause de la mort, mais n'a pas fait cesser mon étonnement, car il était extraordinaire qu'un soldat pût subir une fièvre typhoïde à la caserne, sans être obligé de se présenter à la visite du médecin.

J'ai demandé des renseignements au médecin de l'infanterie de marine, qui m'a dit que Petit, qui était cordonnier, bon ouvrier, rangé, s'était, à ce qu'il paraît, senti indisposé depuis trois semaines ou un mois, mais ne s'était pas présenté à la visite pouvant continuer à travailler de son métier, et étant exempté, par sa profession, de la garde, des exercices et des corvées.

Le 26 novembre, il s'était présenté à la visite, accusant des accès de fièvre ; 30 gr. huile de ricin ; 2 gr. 20 s. quin.

Le 27. 1 gr. s. quin.

Le 28. Envoyé à la convalescence du fort Desaix.

Le 29. Le médecin lui ayant trouvé de la fièvre et une grande pâleur de la face, l'avait dirigé sur l'hôpital avec le diagnostic gastralgie, d'après les phénomènes indiqués par le sujet.

Pour compléter les renseignements sur ce cas remarquable, j'ai fait faire des recherches dans les feuilles de clinique des hôpitaux de Saint-Pierre et de Fort-de-France, d'où il est résulté : 1° que Petit était arrivé à la colonie fin octobre 1873.

En janvier 1874, il entra à l'hôpital de Fort-de-France, pour fièvre intermittente, et y passa 29 jours, il fut envoyé de là à l'établissement de convalescence d'Absalon pendant 30 jours.

En mai 1874, il a passé 49 jours à l'hôpital de Fort-de-France et 30 jours à l'établissement Didier, pour gastralgie.

En janvier 1875, il fut envoyé à Saint-Pierre, où il passa à partir du 19 janvier, 14 jours à l'hôpital, pour diarrhée, il sortit le 2 février, rechuta le 5 février et ne sortit que le 26 du même mois.

En avril, il revint en service à Fort-de-France, fit à partir du 21 mai, 24 jours d'hôpital, pour un chancre.

Enfin, au mois d'août 1875, il fut soigné du 18 août au 4 septembre, pour un abcès sous l'aisselle. C'est deux mois environ après sa sortie de l'hôpital, qu'il a contracté la fièvre typhoïde qui a été la cause de la mort.

Le traitement de la fièvre typhoïde ne doit pas être différent à la Martinique de ce qu'il est en Europe, puisque la maladie y est la même, un peu de quinine, après une purgation initiale et de légers purgatifs, de manière à maintenir le ventre toujours très libre. Voilà, en un mot très bref, la thérapeutique que j'ai suivie et qui m'a donné là, comme ailleurs, les mêmes résultats assez satisfaisants. D'ailleurs, on me permettra de renvoyer aux traités classiques de pathologie pour le traitement de l'affection dont nous venons de nous occuper, puisqu'il ne résulte du fait du pays aucune particularité bien spéciale.

CHAPITRE XIII

Autres maladies.

Sous ce nom de : *autres maladies*, j'ai réuni ici comme dans mon *étude sur les maladies du Sénégal*, toutes les affections que je n'ai pu faire entrer dans les catégories précédentes. Comme précédemment, je ne chercherai pas à justifier ma classification, je n'ai eu en vue que le moyen de présenter à la place convenable, les diverses affections qui peuvent frapper les Européens à la Martinique.

Entre les diverses maladies contenues dans ce chapitre, il n'y a donc pas le *consensus* qui se trouve dans les précédents et, en effet, il n'y a absolument rien de commun entre la siguatère, par exemple, et l'ictère, entre le choléra et cet ictère, etc., etc.; je n'ai conservé aucun ordre, pas même celui des lettres de l'alphabet, j'ai parlé de chaque affection à mesure qu'elle m'est venue sous la plume.

SIGUATÈRE, OU ACCIDENTS DUS A L'INGESTION DES ANIMAUX TOXICOPHORES.

A la Martinique comme dans plusieurs pays de la Zone intertropicale et même de la Zone tempérée, on constate parfois des accidents dus à l'ingestion d'animaux toxicophores; accidents qui ont plus ou moins de gravité et qui peuvent aller de la simple indigestion à la mort même, en passant par toutes les gradations symptomatiques de la cholérine et du choléra sporadique.

Ces accidents avaient frappé depuis très longtemps l'attention des médecins, mais ils n'avaient été considérés que comme des

faits isolés, sans grandes relations entre eux, de sorte que, jusqu'à Chevallier, Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, la question ne fut pas étudiée d'une manière synthétique. On peut dire même que, malgré ces travaux d'une grande valeur cependant, le coup d'œil d'ensemble, capable de jeter un jour favorable sur la question et de relier les divers symptômes, les divers éléments étiologiques entre eux, de manière à en montrer la gradation, est encore à peine ébauché.

Ces accidents avaient été si bien considérés comme des faits isolés et non liés ensemble par certaines affinités, certaines analogies, et disons plus, des gradations évidentes, que, bien qu'on connût depuis la plus haute antiquité, l'action nocive de certains animaux, poissons, crustacés, mollusques, etc., etc., de nos pays, on regardait au début et dans le courant de ce siècle, les relations fournies par les médecins de la marine et les voyageurs, comme de véritables nouveautés.

Nous ne pouvons ici, limité que nous sommes par notre cadre des maladies des Européens à la Martinique, entreprendre l'étude générale de cette siguatère, mais cependant, on me permettra d'entrer dans quelques développements qui ne seront pas envisagés comme une digression inutile, vu l'intérêt de nouveauté qui s'attache à cette étrange propriété qu'ont certains animaux de provoquer des accidents d'empoisonnement.

Comme on le verra, j'ai fait de larges emprunts à maintes études publiées précédemment sur la siguatère, aux mémoires de Chevallier, Leroy de Méricourt et Fonssagrives, Lacroix, Corre; et on pourra constater par les extraits ci-après, combien les médecins de la marine dont je viens de prononcer les noms, se sont occupés avec soin de cette question encore très obscure.

Les symptômes de l'empoisonnement qui, comme nous le verrons tantôt, présentent une grande analogie, quelle que soit la nature de l'animal ingéré, n'ont pas encore de nom spécial dans la nosographie française. On pourrait, je crois, comme le proposent MM. Fonssagrives et Le Roy de Méricourt (*Annales d'hygiène publique*, t. XV, 1861, p. 353), les désigner par l'appellation de *Siguatère*, expression employée vulgairement à la Havane, pour désigner les phénomènes morbides qui résultent de l'ingestion de certains poissons, et entre autres de la fausse carangue.

L'histoire médicale de la siguatère est à peine ébauchée, ai-je dit, nous ne possédons, je crois, sur son compte, que quelques vagues renseignements, quelques rares observations, de sorte que l'on ne

saurait avoir la prétention de la faire aujourd'hui d'une manière assez fructueuse. Cependant, cette pauvreté de documents est une raison de plus, il me semble, pour appeler l'attention des médecins sur la question ; je poursuis donc aujourd'hui la voie indiquée déjà par MM. Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, dans le travail précité.

Notre collègue, le Dr Lacroix, médecin en chef de la marine, a vu survenir pendant qu'il était chirurgien-major de la corvette à vapeur le *Catinat*, un mémorable accident par l'ingestion de poissons toxicophores et la relation qu'il en fit dans son rapport de fin de campagne est tellement intéressante, que je ne résiste pas au désir de la rapporter *in extenso* malgré sa longueur, car mieux que toute analyse, le texte même de cette relation fournira les renseignements que le lecteur désire sur la question.

Relation du Dr Lacroix, touchant l'empoisonnement d'une partie de l'équipage du *Catinat* par des poissons vénéneux (extrait des annales maritimes et coloniales).

Pendant son séjour à Port-Balade, le « Catinat, » livré à des travaux pénibles, privé de nourriture fraiche et réduit aux provisions du bord, dut recourir à la seule ressource que lui offrit cette localité pour améliorer son régime, à une pêche très productive par l'extrême abondance du poisson. Depuis quatorze jours, l'équipage jouissait de cette amélioration supplémentaire ; il avait déjà fait plusieurs fois usage de l'espèce qui devait plus tard lui être si fatale, lorsque, le 20 décembre, au matin, on en apporta à bord une quantité plus considérable encore que de coutume. La distribution en fut faite à toutes les tables, et les cuisiniers du commandant, des officiers, des maîtres et des mécaniciens, s'empressèrent de préparer le poisson pour le déjeuner qui devait avoir lieu à neuf heures. La portion destinée à l'équipage, fut mise dans la chaudière commune, pour lui être servie au moment du dîner, à onze heures. Ce retard de deux heures aurait dû le préserver tout entier ; mais beaucoup d'hommes se jetèrent avec avidité sur le poisson qu'on venait d'apporter, et, sans attendre le moment du repas, s'empressèrent de le faire griller aux cuisines ou même de le manger cru.

A peine le mets, convenablement préparé, avait-il fait son apparition sur la table de l'état-major, qu'un officier fut pris de vomissements, que plusieurs se plaignirent de la mauvaise qualité de cet aliment, dont la saveur âcre et métallique frappa tout le monde, et que M. Lacroix compare à celle de l'iodure de potassium. Le même fait se reproduisait, au même instant, dans toutes les parties du navire ; partout où l'on avait fait usage de cet aliment funeste, les crampes dans les membres, les vomissements, les selles répétées se montraient à la fois.

Rien cependant ne pouvait faire pressentir la gravité de ces symptômes,

lorsqu'un chat, auquel on avait jeté les restes du repas des mécaniciens, vint à succomber en moins d'un quart d'heure. M. Lacroix fit alors jeter à la mer tout ce qui restait de poisson à bord, ainsi que le contenu de la chaudière qui, quelques instants plus tard, allait être servi à l'équipage tout entier et devenir ainsi la cause d'un empoisonnement général.

A partir de ce moment, le nombre des malades augmenta de minute en minute, et, l'imagination aidant, la consternation se répandit dans tout le bâtiment.

Cependant, cinquante hommes seulement, le tiers environ de l'effectif, avait fait usage de cet aliment toxique. Dans ce nombre, il y en eut trente qui présentèrent des symptômes d'empoisonnement plus ou moins graves, et cinq succombèrent. Le même jour, le même poisson fut servi à bord de deux navires français, mouillés sur la même rade, et ceux-ci n'eurent pas à s'en repentir. L'un d'eux, cependant, le « Prony » compta une dizaine de malades, mais tout se borna chez eux à des accidents sans gravité et personne ne succomba.

Dans tous les cas observés par M. Lacroix, les symptômes furent les mêmes et ne différèrent que par le moment de leur apparition.

Dès le début, crampes violentes, siégeant d'abord aux membres inférieurs, s'étendant rapidement aux bras, avant-bras et mains, à la région lombaire, mais toujours plus vives et plus persistantes, dans les genoux et les poignets, chez quelques malades, une douleur atroce à la nuque, dont les névralgies les plus intenses peuvent à peine donner une idée. Bientôt l'épigastre devient à son tour le siège d'une sensation de déchirement, accompagné d'une telle prostration que les malades ne peuvent plus se tenir debout, la respiration est courte, difficile, anxieuse, les nausées, les vomissements ne tardent pas à se montrer. Dans trois ou quatre cas seulement, ils ont précédé les crampes. Des matières alimentaires d'abord, puis des mucosités filantes sont rejetées à la suite de pénibles efforts, des selles abondantes, séreuses, infectes, surviennent ensuite, accompagnées de borborygmes et d'un ténesme des plus douloureux.

Pendant que ces phénomènes se produisent du côté du tube digestif, le pouls se déprime, se concentre ; le corps est inondé d'une sueur froide et la peau se couvre d'une teinte cyanosée. L'agitation devient alors extrême, la face se grippe, les pupilles se dilatent, le pouls s'affaiblit de plus en plus, les extrémités se refroidissent, la respiration se suspend ; les dents serrées laissent passer avec peine une salive écumeuse, et le malade expire sans qu'on ait pu obtenir de réaction. Trois malades ont ainsi succombé dans la période de concentration. Chez l'un d'entre eux, la mort est survenue 3 h. 1/4 après l'apparition des premiers accidents.

Lorsque les malades franchissaient cette première période, des phénomènes d'une autre nature ne tardaient pas à se montrer. La peau reprenait sa chaleur normale, le pouls se relevait, mais on voyait survenir, en même temps, des symptômes de congestion cérébrale se trahissant, chez les uns, par de l'agitation, du délire ; chez un plus grand nombre, par le coma le

plus profond. Le malade, plongé dans une insensibilité complète, ne répondait plus aux questions qu'avec une grande difficulté; les membres étaient dans la résolution, les yeux fixes, les pupilles dilatées, ne se contractant plus sous l'influence de la lumière. Deux malades succombèrent dans cet état, l'un au bout de 17 heures, l'autre après 54. Les autres se rétablirent lentement, mais conservèrent pendant longtemps une faiblesse extrême, une susceptibilité très grande pour les influences atmosphériques.

Sur trente cas d'empoisonnement, dix seulement ont offert ces caractères de gravité; les autres n'ont présenté que les crampes et les vomissements; ces derniers n'ont pas même été constants. Même dans ces cas légers, les douleurs articulaires et les crampes ont été d'une persistance remarquable. Elles étaient surtout intolérables dans le décubitus dorsal; les malades, bien que pouvant à peine se tenir debout, se trouvaient soulagés, lorsqu'ils parvenaient à faire quelques pas. 72 heures après l'empoisonnement, M. Lacroix éprouvait encore une faiblesse extrême et la plus grande difficulté à marcher. Le moindre effort musculaire, l'action de tenir une plume lui était insupportable. M. Meunier, 2e chirurgien du « Catinat, » qui, malgré l'ingestion de quatre de ces poissons vénéneux, n'avait d'abord rien ressenti, fut pris, deux jours après l'accident, de pesanteur dans la tête, de douleur à la nuque et dans les orbites, d'un peu de courbature et de constipation.

En somme, cet empoisonnement a présenté deux périodes bien tranchées, l'une de concentration, l'autre de réaction incomplète et souvent traversée par la réapparition des premiers symptômes. Les phénomènes généraux, les troubles de l'innervation ont précédé ceux des voies digestives, et ont persisté après eux.

M. Lacroix, en présence de ces phénomènes insolites, a bien saisi les indications qui en ressortaient. Il s'est empressé de débarrasser le tube digestif du poison qu'il devait nécessairement contenir encore, si peu de temps après son ingestion. Il a suffisamment insisté sur les vomitifs et sur les lavements purgatifs pour être sûr d'atteindre ce résultat; il a fait ensuite de la médecine de symptômes, la seule rationnelle en pareil cas. Il fallait aller au plus pressé et combattre cette concentration menaçante; pour y parvenir, il a fait envelopper les malades dans des couvertures de laine, et leur a administré des infusions chaudes de thé, de café, des potions stimulantes éthérées, pendant qu'on cherchait à ramener la chaleur aux extrémités à l'aide de frictions excitantes, de lotions chaudes.

Lorsque la réaction a pu s'obtenir et qu'elle a dépassé les limites qu'il convenait de lui assigner, lorsqu'en un mot, la deuxième période s'est établie, il a eu recours aux révulsifs promenés sur les extrémités, et, dans deux cas, à la saignée générale, qui a été suivie, dans l'un d'eux, d'une amélioration subite. Les vésicatoires à la nuque lui ont servi à combattre le coma, et, grâce à ses soins bien dirigés, grâce à une sollicitude de tous les instants, il a eu le bonheur de sauver la plupart de ses malades, puisque sur trente il n'en a perdu que cinq.

Les conditions dans lesquelles se trouvait le « Catinat, » ne se prêtaient guère aux recherches cadavériques; aussi M. Lacroix n'a-t-il fait qu'une seule autopsie. Elle a été pratiquée à la hâte, sept heures après le décès, et avec toutes les difficultés qu'entraîne, à bord d'un pareil navire, l'absence d'un local isolé pour les malades. Elle a permis de constater les lésions suivantes :

Habitude extérieure. — Cyanose générale, rigidité cadavérique, extrême amaigrissement prononcé.

Abdomen. — Signes d'inflammation évidente dans toute la longueur du tube digestif. L'estomac est vide, la région cardiaque est à l'état normal, mais l'extrémité pylorique offre de la rougeur, des arborisations très marquées, jointes à un peu de ramollissement. Les mêmes altérations s'observent dans l'intestin grêle, mais à un degré beaucoup plus prononcé. Elles augmentent d'intensité à mesure qu'on s'approche de la valvule iléo-cæcale ; au voisinage de cette région, la coloration de la muqueuse passe du rouge-brun au brun-noirâtre, s'étend par plaques annulaires à toute la circonférence de l'intestin, qui exhale, dans ce point, une odeur gangréneuse des plus manifestes.

Les désordres cessent brusquement à partir de ce point, pour faire place à une simple teinte rouge qui occupe le gros intestin, mais ne s'étend guère au delà de la première partie du côlon.

Thorax.— Les poumons sont engoués, le cœur flasque ; les cavités droites et les gros troncs veineux sont remplis d'un sang fluide. L'oreillette et le ventricule gauche sont vides.

Crâne. — La tête n'a pas été ouverte.

L'empoisonnement dont nous venons de rendre compte a été entouré de circonstances singulières qu'il importe de signaler.

Depuis plusieurs jours, l'équipage du « *Catinat* » pêchait au même endroit, dans un espace très circonscrit, et s'était nourri sans inconvénient de la même espèce de poisson. Le jour de l'accident, le « *Phoque* » et le « *Prony* » faisaient pêcher dans le même lieu, presque à la même heure, et c'est à peine si, sur tout l'équipage du second bâtiment, une dizaine d'hommes éprouvèrent quelques troubles digestifs sans gravité. Sur cinquante personnes qui ont mangé de ce poisson à bord du « *Catinat,* » trente seulement ont éprouvé des accidents. Quelques matelots ont pu en ingérer huit ou dix sans rien éprouver d'insolite, tandis que chez un homme, il a suffi d'un seul poisson pour déterminer la mort. M. Meunier, 2e chirurgien du navire, en avait consommé quatre et n'a point été mortellement empoisonné.

Après avoir successivement passé en revue les différentes explications, qu'on a pu donner de ces phénomènes d'intoxication, M. Lacroix s'arrête à cette opinion, que ces poissons ne sont vénéneux qu'à l'époque du frai. Ceux qui ont causé des accidents étaient, dit-il, dans ce cas. Ceux-là seulement ont offert cette saveur particulière et caractéristique, qui persistait encore après 48 heures. Il a remarqué, enfin, qu'ils se putréfiaient beau-

coup plus rapidement. Il s'explique ainsi l'innocuité que leur ingestion a présentée dans quelques cas, et les terribles accidents qu'elle a causés dans d'autres. Nous verrons bientôt que ces faits peuvent recevoir une autre explication.

Lorsque se manifestèrent les premiers symptômes d'empoisonnement, M. Lacroix s'empressa, avons-nous dit, de faire jeter à la mer le poisson qui se trouvait à bord, mais il en conserva un certain nombre dans l'esprit de vin pour les rapporter en France. Ils ont été adressés à M. l'Inspecteur général du service de santé, et M. Valenciennes a bien voulu en déterminer l'espèce. Voici comment ce savant naturaliste s'exprime dans une lettre, datée du 29 octobre 1855 :

« Je suis certain que le poisson qui m'a été remis, appartient à l'espèce décrite, dans mon histoire des poissons, sous le nom de *meletta venenosa*, et dont j'ai fait suivre la description minutieuse des détails suivants : « Ils « (nos individus) ont été rapportés des Seychelles par M. Dussumier, qui « nous apprend, par les notes recueillies sur les lieux, que cette espèce a « la chair vénéneuse. Les hommes qui en mangent sont pris de vomisse- « ments, d'une telle gravité parfois, que l'on a vu des marins y succomber.

« Il faut avoir bien soin de distinguer ce poisson d'une autre espèce, la « dussumiéri, que l'on pêche en très grande abondance dans la même rade, « et qui est estimée au même point que nos sardines.

« Notre melette vénéneuse me paraît d'ailleurs répandue dans la mer « des Indes, car M. Le Guillou, chirurgien à bord de la « *Zélée*, » en a « rapporté un assez grand nombre d'exemplaires, qu'il a pris pendant la « campagne de M. l'amiral Dumont-Durville » (*Histoire des poissons*, « t. XX, p. 378.) »

« Et dans le même volume, en revenant dans un supplément à la dussu- « miérie, que j'ai décrite et figurée, j'ajoute, p. 470 :

« Tel est le poisson que M. Dussumier nous a rapporté, en un nombre « considérable d'exemplaires. Il les a pris à la côte Malabare où ce poisson « excellent à manger et très sain arrive à la mousson d'été, mais pêle-mêle « avec l'espèce de melette décrite dans ce volume, p. 377 et 378, sous le « nom de *melette vénéneuse*, parce que la chair de cette melette est quel- « quefois si dangereuse que son ingestion peut causer la mort. »

« Ce mélange des deux espèces de clupéoïdes, dans les grandes bandes voyageuses à travers l'océan indien, peut expliquer la bizarrerie des phénomènes observés ; ainsi les hommes, qui n'ont pas été incommodés, n'ont peut-être mangé que des dussumiéries, tandis que les autres ont ingéré des melettes vénéneuses. Quant aux explications des phénomènes toxiques, nous sommes dans l'ignorance la plus complète, et les épreuves qu'on fait subir au poisson pour rechercher s'il est vénéneux, sont illusoires ou dangereuses, et si l'on veut des garanties, c'est à l'ichtyologie, à la connaissance des espèces vénéneuses qu'il faut les demander. La melette n'est pas, en effet, le seul animal dont on doive se méfier. Sans parler des mollusques qui sont vénéneux à certaines époques de l'année, de quelques aca-

lèphes, des physales, des méduses, par exemple, qui sont dans le même cas, les *bécunes*, les *gueules rouges*, les *tétrodons* et d'autres espèces encore ont souvent causé des accidents. »

M. Meunier, second chirurgien du « *Catinat*, » qui a écrit une note sur cet empoisonnement, a rappelé en ces termes, un événement de la même nature :

« Dans le second voyage du Cook, en septembre 1774, on parle d'un empoisonnement causé, sur un des navires de l'expédition, par un poisson pêché aussi dans les environs de l'Aiguade de Balade, mais d'une espèce différente des nôtres. Il ressemblait à ceux qu'on nomme communément « *soleils;* » il était du genre que Linné nomme *tétroton*. Ceux qui en mangèrent éprouvèrent une extrême faiblesse et une défaillance dans tous les membres, avec une perte complète du sentiment du toucher. Les deux MM. Forster, qui en ressentirent surtout les tristes effets, racontent qu'il leur était impossible de distinguer le poids des objets qu'ils prenaient à la main, une plume et des corps lourds de plusieurs livres leur semblaient avoir le même poids. Puis ils remarquaient aussi, du côté de leur intelligence, un trouble marqué. Ils avaient perdu, pour ainsi dire, la lucidité de leur esprit, et ce funeste effet du poison, joint aux malaises généraux que le moindre exercice réveillait en eux, les gêna beaucoup dans les études d'histoire naturelle auxquelles ils désiraient se livrer pendant leur séjour dans cette île. Après l'emploi des vomitifs, ils se trouvèrent surtout soulagés en provoquant des sueurs abondantes. Il paraît qu'un porc qui mangea les entrailles de ce poisson, mourut le lendemain. Les naturels qui l'avaient vendu à bord l'y avaient apporté, sans doute, plutôt comme objet de curiosité que pour servir d'aliments ; car, le lendemain, à la vue du même poisson, ils manifestèrent de l'horreur et firent comprendre, par des gestes, qu'en en mangeant on s'exposait à la mort. »

En terminant cette note sur l'empoisonnement, contre lequel les équipages doivent se tenir soigneusement en garde, nous reproduirons l'article suivant qui se lit dans le journal « *le Siècle*, » numéro du 23 novembre 1855 :

« Un baleinier américain de Boston, monté par 57 hommes d'équipage, se trouvant à l'île de Juan-Fernandez, dont on sait que les côtes sont très poissonneuses, fit pêcher. On se procura par ce moyen, dans le même jour, une grande abondance d'espèces diverses de poissons, ainsi dénommées par les Américains :

« Carangues,

« Capitaines,

« Orphies, grandes et petites,

« Petites vieilles et plusieurs autres variétés non indiquées,

« Sur les 57 marins, 42 seulement paraissent avoir mangé de ces poissons; tous furent empoisonnés à un degré plus ou moins fort. Sur ces 42 hommes, 32 *sont morts*. »

La signatère étant, comme nous l'avons dit en commençant, la ma-

ladie produite par l'ingestion d'animaux toxicophores, son étude médicale comprend naturellement deux parties distinctes : A. énumération des animaux incriminés ; B. phénomènes morbides produits par ces animaux. Nous allons suivre cet ordre de disposition dans notre travail actuel.

A. ÉNUMÉRATION DES ANIMAUX TOXICOPHORES.

Dans le moment présent, cette énumération ne peut être que très incomplète et manque de précision, car nous ne pouvons encore avoir la prétention de connaître tous les animaux capables de provoquer les accidents dont nous voulons parler. Suivant que nous agrandissons ou diminuons le cadre des incriminés, nous nous exposons à des erreurs en trop ou en trop peu sans avoir jamais la chance de rester dans l'exacte mesure de la réalité.

Cette première réserve étant faite pour montrer la classification que nous allons fournir, ne peut avoir aucune prétention à se perpétuer et n'est qu'une exposition toute temporaire de nos connaissances actuelles. Nous présentons le tableau suivant des animaux capables jusqu'ici, de produire les accidents de siguatère.

Poissons.

La classe des poissons est peut-être celle de la série zoologique, qui renferme le plus grand nombre d'espèces toxicophores; c'est au moins celle dont les espèces capables de produire des accidents, ont frappé le plus vivement l'esprit. Est-ce parce que réellement c'est parmi les poissons qu'il y a le plus grand nombre d'animaux nuisibles au tube digestif; est-ce seulement parce que les poissons sont de tous les animaux, ceux qui sont le plus souvent employés dans l'alimentation ? je n'essaierai pas de le discuter, et il nous suffira de constater que c'est dans cette classe que l'on rencontre surtout les animaux dits toxicophores.

Pour tacher de n'oublier aucun des poissons accusés de toxicité, nous allons adopter un ordre méthodique dans notre exposition, et le mieux dans ces conditions est de suivre la classification de M. Valenciennes qui, faisant passer successivement sous nos yeux toutes les familles, nous permettra de signaler à mesure, d'une manière plus facile à retenir, celles qui sont incriminées et celles qui ne le sont pas.

Voici donc la classification précitée. Nous avons marqué d'une as-

térique, les familles dans lesquelles on a trouvé des poissons toxicophores.

Un grand fait frappe tout d'abord en voyant ce tableau : c'est que, sur 30 familles, il y en a 16 qui renferment des genres dont l'ingestion est dangereuse. Cette proportion est très considérable, on le voit et, assurément, elle est encore plus énorme qu'elle ne le paraît, pour deux raisons, d'une part, que précisément les familles qui n'ont pas été incriminées, jusqu'ici, sont celles dont les genres et surtout dont les individus sont les plus nombreux. D'autre part, parce que la détermination de la toxicité se fait au fur et à mesure qu'un accident est signalé et, par conséquent, nous ne pouvons avoir la prétention d'avoir enregistré tous les genres et toutes les familles capables de provoquer des phénomènes morbides.

Remarquons que sur huit ordres de poissons que comporte la classification, six sont justement considérés comme renfermant des poissons toxiques, et parmi les deux qui échappent jusqu'ici à la loi, un, celui des lophobranches, ne renferme que des animaux qu'on n'a pas utilisés pour l'alimentation. L'autre, celui des sturioniens, a très probablement donné lieu à des accidents, bien que nous n'ayons pu en trouver encore la trace.

Donc nous devons, avant tout, faire cette réserve que notre énumération des poissons toxicophores n'est probablement pas complète, et qu'il est bien possible que toutes les familles soient un jour marquées de l'astérique qui indique la toxicité de quelques-uns de ses membres.

Néanmoins, nous l'avons présentée parce qu'elle nous permet de donner à notre exposition, une clarté qu'elle n'aurait pas si nous n'avions pas suivi une marche méthodique.

- **POISSONS (classification de Valenciennes).**
  - Osseux
    - Acantoptérygiens
      - Percoïdes *.
      - Joues cuirassées *.
      - Scienoïdes.
      - Sparoïdes *.
      - Ménides.
      - Squammipennes *.
      - Scomberoïdes *.
      - Tœnioïdes.
      - Theuties.
      - Pharyngiens labyrintiformes.
      - Mugiloïdes.
      - Gobioïdes *.
      - Nageoires pectorales pédiculées.
      - Labroïdes *.
      - Bouches en flute.
    - Malacoptérygiens abdominaux
      - Cyprinoïdes *.
      - Esoces *.
      - Siluroïdes.
      - Salmonides *.
      - Clupes *.
    - Malacoptérygiens subbraciens
      - Gadoïdes *.
      - Pleurochnêtes *.
      - Discolobes.
    - Malacoptérygiens apodes
      - Anguilliformes.
    - Lophobranches
    - Plectognathes
      - Gymnodontes *.
      - Sclerodermes *.
  - Cartilagineux
    - Chondroptérygiens à branch. libres
      - Sturioniens.
    - Chondroptérygiens à branch. fixes
      - Sélaciens *.
      - Cyclostomes *.

Nous allons passer maintenant en revue les diverses familles qui contiennent des poissons toxicophores, indiquant à mesure leurs caractères d'une manière sommaire et citant en quelques mots rapides, les principaux faits d'accidents venus à notre connaissance. Pour les caractères zoologiques, on nous permettra de rapporter textuellement le plus souvent, les indications données par Chenu dans son encyclopédie d'histoire naturelle, nous y ajouterons, suivant le cas, les renseignements que nous aurons trouvés à d'autres sources.

PREMIÈRE SÉRIE. — POISSONS OSSEUX.

Les poissons osseux contiennent jusqu'ici cinq ordres sur six dans lesquels on a trouvé des familles toxicophores; ce sont :

1° Les acanthoptérigiens; 2° les malacoptérygiens abdominaux; 3° les malacoptérygiens subbraciens; 4° les malacoptérygiens apodes; 5° les plectognates.

Seul, l'ordre des lophobranches qui est le cinquième de la classification de Valenciennes, n'est pas signalé encore comme renfermant des espèces malfaisantes; mais, faisons remarquer de nouveau que cet ordre ne fournit à peu près pas à l'alimentation humaine.

ORDRE 1er : ACANTHOPTHÉRYGIENS.

L'ordre des acanthoptérygiens, le premier de la classification de Valenciennes, contient quinze familles, parmi lesquelles six sont considérées jusqu'ici comme contenant des poissons toxicophores; ce sont :

1° Les percoïdes (1re fam. de Val.); 2° les joues cuirassées (2e fam. de Val.); 3° les sparoïdes (4e fam. de Val.); 4° les scombéroïdes (7e fam. de Val.); 5° les gobioïdes (12e fam. de Val.); 6° les labroïdes (14e fam. de Val.).

Famille des percoïdes.

La famille des percoïdes, dont la perche est le type, a pour caractères : corps oblong plus ou moins comprimé, couvert d'écailles généralement dures et dont la surface extérieure est plus ou moins âpre et les bords dentelés; un opercule, un préopercule diversement dentelés; bouche grande, ouïes bien fendues à membrane soutenue par un nombre de rayons variant en nombre de 5 à 7. Dents maxillaires, vomériennes et palatines; pas de barbillons; nageoires ventrales suspendues aux os de l'épaule par le moyen de ceux du bassin; nageoires, toujours au nombre de 7 au moins et souvent de 8. A l'intérieur, un estomac en cul-de-sac; pylore latéral, appendices pyloriques peu nombreux, peu volumineux; canal intestinal assez peu replié; foie assez petit. Une vessie natatoire; cerveau dont les lobes

creux ne couvrent que des tubercules petits et au plus divisés en quatre. (Cheau, *poissons*, p. 201.)

Les espèces très nombreuses de la famille des percoïdes appartiennent aux eaux douces et aux eaux salées. On les rencontre sur presque tous les points du globe; elles ont souvent de fort belles couleurs; leur chair est savoureuse; aussi cette famille est-elle considérée comme une de celles qui renferment les meilleurs poissons comestibles.

Nous connaissons jusqu'ici huit poissons de la famille des percoïdes qui ont engendré des accidents; ils appartiennent : cinq au genre serran (percoïdes à ventrales sous-pectorales, ayant cinq rayons mous aux ventrales, sept rayons aux branchies, nageoire dorsale unique) ce sont : le *mérou petit nègre*; le *mérou arara*; le *séran occatabili*; le *séran créole*; la *sarde à dents de chien*.

Un autre, au genre vive : percoïdes à ventrales, couvrant les pectorales : la *vive*.

Deux enfin appartiennent au genre *syrphène*, percoïdes abdominales; la *bécune*; la *grosse syrphène*.

Le *mérou petit nègre*. — Serranus ingriculus de Valenciennes, se trouve dans les mers des Antilles, où il est appelé vulgairement petit nègre, vieille, grande gueule.

C'est un poisson d'assez grande taille parfois, mais le plus souvent pesant moins de 500 grammes. Corps oblong, d'un brun violacé, parsemé de taches pâles arrondies.

Yeux saillants; dents canines, longues et aiguës, mêlées en plus ou moins grand nombre parmi les dents en velours des mâchoires : préopercule à peine dentelé; opercule écailleux comme le crâne, osseux, terminé par une ou plusieurs pointes; pas d'écailles à la mâchoire supérieure; petites écailles à la mâchoire inférieure.

Le nom de mérou petit nègre a été donné par le vulgaire à deux autres poissons aux Antilles :

1° Au plectropoma chlorurum de Valenciennes; 2° à la blennie de la famille des gobioïdes, qui ne présentent pas de caractère toxique, de sorte qu'il ne faut pas les confondre ensemble.

Le *plectropoma chlorurum* a le bord du préopercule autour et au-dessous de l'angle divisé en pointes assez grosses, dirigées obliquement en avant, tandis, avons-nous dit, que le préopercule du mérou petit nègre est à peine dentelé. Quant à la *blennie*, elle a, comme les autres gobioïdes, la peau dépourvue d'écailles, ce qui est un caractère différentiel assez tranché pour rendre les autres inutiles.

Le mérou petit nègre est un des poissons les plus dangereux des Antilles où il a maintes fois occasionné des accidents.

Le *mérou arara*, serranus arara, serran arara, d'assez grande taille le plus souvent, son corps est de couleur brun-noirâtre portant des taches d'un brun plus clair, quelquefois dorées. Nageoires d'un noir bleuâtre, noires sur la portion molle de la dorsale, sur le bord de l'anale et de la caudale. Yeux noirs. Mêmes caractères pour les dents, le préopercule,

l'opercule et les écailles des mâchoires que le mérou petit nègre et les autres mérous.

Le mérou arara est réputé toxique à la Havane, mais il est probablement mangé sans accidents dans diverses îles des Antilles surtout lorsqu'il est de petite taille.

Serran occatabili. Serran créole.

Le serran occatabili et le serran créole ont occasionné parfois à la Martinique de légers accidents d'indigestion, des vomissements, de la diarrhée et l'urticaire caractéristique de la siguatère, dit Corre. (Arch. de méd. nav., t. III, p. 139.)

La *sarde à dents de chien*, mésoprion joen de Valenciennes, anthias, vivaneau, vivanet, sarde, siguatera de la Havane.

Taille assez grande, pouvant arriver même à peser 15 livres.

Dentelure en forme de scie sur le milieu de chaque côté de la tête ; préopercule dentelé, opercule finissant en pointe plate obtuse sans épines, la partie antérieure de l'animal est de couleur jaune d'ocre vif, la partie postérieure d'un jaune d'or, quelquefois le corps est de couleur rosée, tandis que les nageoires pectorale, dorsale, ventrale, anale et caudale sont jaunâtres.

Tache de couleur gris-pâle à la joue.

Mêmes caractères que le mérou petit nègre pour les dents et le préopercule ; opercule terminée en pointe aplatie, obtuse.

Bécune, syrphène, picuda.

Œil rond, volumineux, latéral, iris argenté. Corps allongé cylindrique ; la tête forme un peu plus du tiers de la longueur ; couleur argentée sur les côtés et le ventre, plombé ou noirâtre sur le dos ; ligne latérale séparant ces deux colorations ; mâchoires allongées en pointe conique, l'inférieure dépassant la supérieure et terminée en pointe charnue ; deux nageoires dorsales, la première a 5 rayons épineux, la deuxième a 10 rayons mous ; nageoires dorsales et caudales brunes, pectorale grise, ventrales et angles, jaune-clair. Les mâchoires sont garnies de dents nombreuses et serrées, quelques-unes de ces dents sont plus longues que les autres et recourbées en arrière ; pas de dents au vomer ; dents aux palatins ; dents en cardes sur les os pharyngiens (Poey dit que c'est un signe de vénénosité). Préopercule lisse ; opercule écailleux.

Grosse sphyrène. Taille parfois considérable. Aspect assez analogue à la bécune proprement dite, avec ces différences que la grosse sphyrène est d'un tiers plus large que la bécune ordinaire. Dents plus larges non arquées 5 à 11 dents aux palatins. Préopercule arrondi, lisse. Opercule terminé par deux pointes, la supérieure mousse, l'inférieure aiguë.

Voici ce que le P. du Tertre dit au sujet de l'action vénéneuse de la bécune : « Sa chair a le mesme goust que celle du brochet, mais on ne la mange pas bien asseurément, d'autant que si on n'y prend garde de bien près, elle est capable d'empoisonner tous ceux qui en auraient mangé. C'est pourquoy celuy qui en voudra manger en toute asseurance, doit lui regarder aux dents et gouster de son foye, s'il a les dents bien blanches et le foye doux,

il en peut manger en toute seureté : mais s'il les a tant soit peu noircies et le foye amer ou âcre, on n'en doit pas non plus gouster que si c'était de l'arsenic; en effet, c'est un poison qui n'est pas moins dangereux. On dit dans les isles que cela vient de ce que ce poisson mange de la mancenille qui tombe des arbres dans la mer et je le crois ainsi : car moy mesme ay pensé mourir pour en avoir mangé, ainsi que quelques *soldats* qui s'en étoient repeus.

« Il se trouve encore deux autres sortes de poissons dans l'Amérique qui ne sont pas moins dommageables que celuy-cy ; dont l'un estant mangé enyvre comme si on avoit beu du vin par excez et cause les mesmes effets que le vin fait dans un yvrogne. Si on en mange beaucoup, il fait dormir le long somme, c'est-à-dire mourir. Mais si on en mange peu, après avoir dormy cinq ou six heures, on est tout à fait garanty.

« Le second cause d'étranges coliques et dégorgements de bile dans les intestins. Si on réchappe après en avoir mangé, il fait peler la plante des pieds et la paume des mains. J'ay veu un jeune gentilhomme qui, après en avoir mangé et pensé mourir me montra les paumes de ses mains qui estaient toutes pelées et contrefaites. Je ne puis faire aucune description ny de l'un ny de l'autre ; d'autant que je ne les ay point veus ni pu apprendre de ceux qui m'en ont parlé de quelle forme ils estoient. On se peut servir contre le venin de l'un et de l'autre de la mesme précaution que j'ay observée pour se garder du venin de la bécune.» (P. du Tertre, t. II, p. 67.)

Voici maintenant l'opinion du P. Labat sur la bécune au point de vue qui nous intéresse. Le P. Labat dit comme le P. du Tertre, touchant le moyen de reconnaître si on peut manger de ce poisson sans danger : « C'est un très bon poisson, sa chair est blanche, ferme et assez grasse et de même goût à peu près que le brochet, mais il n'en faut pas manger sans précaution, car il est sujet à s'empoisonner et à empoisonner ceux qui le mangent quand il est dans cet état. Comme il est extrêmement vorace, il mange goulûment tout ce qui se rencontre dedans et dessus l'eau, et il arrive très souvent qu'il s'y rencontre des galères ou des pommes de mancenillier, qui sont des poisons très violents et très caustiques. La bécune n'en meurt pas, quoiqu'elle en mange, mais sa chair contracte le venin et fait mourir ceux qui la mangent comme s'ils avaient mangé de ces méchantes pommes ou de ces galères. » (Labat, t. II, p. 9)

Casteby dit que, lorsque les dents de la grosse sphyrène sont blanches et que son foie n'est pas amer, elle n'est pas toxique. Plée dit que la grosse sphyrène toxique laisse écouler à la coupe une espèce d'eau blanche comme une sorte de sanie.

Syrphène Gello. (Gello de la mer des Indes.)

L'action nocive des bécunes est encore a étudier, car il est possible qu'elle n'existe qu'à certains moments de l'année, mais néanmoins elle ne saurait être oubliée. Les observations sommaires ci-après démontrent qu'on a vu survenir aux Antilles des accidents par son usage.

Premier fait de Janière. (Poissons de la Guadeloupe, p. 47 ; Chenu, p. 122.) Grosse bécune mangée par une quarantaine de nègres, tous plus

ou moins malades, un d'eux mourut, parmi ceux qui guérirent, plusieurs changèrent d'épiderme. Les intestins furent mangés par des poules qui moururent. Les chiens qui mangèrent ces poules moururent aussi.

Deuxième fait. Bécune de plus de 40 livres à dents noires, on la fait saler et sécher au soleil, six semaines après on la vend. Plus de 20 personnes en furent incommodées.

Troisième fait. Quatre nègres mangent de la bécune, un d'entre eux ne boit pas de tafia et fut très vivement incommodé.

Fait du *Courrier Français* (3 décembre, 1827, Fonssag., p. 692). Un brig français, le *Zélé,* harponne à 100 lieues du cap Haïtien une bécune monstrueuse. Le capitaine, deux officiers et un maletot, qui en mangent, furent malades. Malaise, peau rouge; engourdissement des membres; un chat, qui mange de ce poisson, succombe.

Famille des joues cuirassées.

Les poissons de cette famille se rapprochent beaucoup des percoïdes par l'ensemble de leur conformation, mais l'aspect singulier de leur tête diversement hérissée et cuirassée, leur donne une physionomie propre qui les a toujours fait classer dans les genres spéciaux, tels que ceux des trigles, des cottes, des scorpènes. Leur caractère commun, le plus saillant est d'avoir les sous-opercules ou au moins l'un d'eux, plus ou moins étendus sur la joue, s'articulant en arrière avec le préopercule; et c'est d'après ces particularités que G. Cuvier leur a appliqué la dénomination de joues cuirassées.

Le corps de ces poissons est allongé, conique et assez rapproché pour la forme à celui des vives et des mulles, leur tête est diversement armée d'épines ou de plaques tranchantes qui leur donnent une physionomie désagréable, hideuse et qui leur a valu les surnoms de crapauds, diables, scorpions, chauves-souris de mer. Leurs nageoires pectorales sont tellement développées, qu'elles ressemblent dans certaines espèces à de véritables ailes, on trouve des joues cuirassées dans presque toutes les mers du globe. On observe que lorsqu'on les prend, la plupart d'entre eux, font entendre un bruit plus ou moins fort. (Chenu, *loc. cit.*, p. 241).

La famille des joues cuirassées se divise en deux sections : la première, sans rayons épineux libres en avant de la nageoire dorsale, est subdivisée en joues cuirassées, ayant deux nageoires dorsales, et en joues cuirassées n'ayant qu'une nageoire dorsale.

La seconde, n'ayant que des épines libres au lieu de première dorsale, se partage aussi en deux catégories : les joues cuirassées dont le corps est couvert de grandes écailles imbriquées et ayant huit rayons aux ouïes; la seconde, ayant le corps garni de plaques le long de tout ou partie de la ligne latérale et ayant trois rayons aux ouïes.

La famille des joues cuirassées ou trigles contient une espèce dangereuse, c'est le crapaud de mer : scorpena grandicornis, qui appartient à la seconde division de la première section, c'est-à-dire aux joues cuirassées

sans rayons épineux libres, en avant de la nageoire dorsale, n'ayant qu'une nageoire dorsale.

La scorpéna grandicorus, rascassio de la Havane, rascasse de 24 heures de Saint-Domingue, crapaud de mer des Antilles françaises, peut prendre une assez grosse taille: tête cuirassée et hérissée, comprimée sur les côtés ; joues et machoires sans écailles; ouïes à sept rayons; corps écailleux de couleur brunâtre, mélangée de brun plus foncé sur le dos; ventre blanc sale : tache brune semée de petits points blancs dans l'aisselle de la pectorale; bande brune sur la partie épineuse de la dorsale. Les appendices ou lambeaux tégumentaires sont remarquables par leur longueur.

Les opinions diffèrent suivant les pays touchant l'action toxique du crapaud de mer, ainsi : à Cuba, la chair passe pour inoffensive et les piqûres seules faites par les aiguillons sont considérées comme dangereuses. A Saint-Domingue le nom de rascasse de 24 heures lui a été donnée à cause de l'opinion du vulgaire qu'on meurt dans la journée même de l'ingestion.

Famille des sparoïdes.

Les sparoïdes ont un corps ovalaire, couvert de grandes écailles; ils ont une double nageoire dorsale épineuse et indivise, non écailleuse; une membrane des ouïes soutenue par cinq ou six rayons et des appendices pyloriques en petit nombre. Leur rameau non protractile, l'absence de dents palatines et le manque d'armure soit sous forme d'épines, soit sous celle de dentelures aux pièces operculaires les distinguent des ménides; leur opercule simple, l'absence de toute renflement au crâne servent à les séparer des sciénoïdes; enfin l'absence d'écailles sur les nageoires verticales les différencie des squamipennes, et la grandeur des écailles du corps des scomberoïdes. (Chenu, p. 224).

La famille des sparoïdes se partage en deux catégories, la première constituée par les espèces ayant une partie des dents coniques ou en tubercules et la joue écailleuse; la seconde constituée par les espèces ayant des dents en crochets plus ou moins proéminents. Elle fournit des poissons suspects, sinon assurément toxiques dans certaines mers, et, parmi eux, le pagre et la dorade de la première catégorie; le mambo de la seconde.

Pagre (pagrus vulgaris, V.).

Dorade (chrysophris seu sparus aurata, V.).

Sparus erythurus (capitaine).

Sparus pargos (porgée des Anglais).

Coryphena hypurus (dorade).

Mambo (lethrinus mambo; P. Montrousier).

Le perroquet (sparus Psittachus).

M. le Dr de Rochas dit, que le lenthrinus mambo peut être mangé impunément quand il a 13 à 14 centimètres de longueur, mais qu'il devient dangereux dès qu'il dépasse cette taille et peut être très cruellement toxique avant d'avoir atteint la taille de 70 ou 80 centimètres qu'on lui voit souvent.

Fait de Clishölm (Chev., 130). Un habitant de la Grenade (Antilles) mange de la dorade. Mal de tête; nausées; éruption de taches larges, de couleur vermeille : démangeaison insupportable ; resserrement de la poitrine ; accidents s'amendant bientôt.

Fait de Forster (dissert. annexée au voyage de Cook, Fonssag., T. IV, p. 695). Étant aux Sandwich, le 23 juillet 1774, plusieurs hommes sont empoisonnés par un pagre. Vomissements ; tranchées ; faiblesse extrême ; engourdissement et fourmillement dans les membres ; tendance au refroidissement, qui se continue pendant 15 jours chez quelques sujets.

Fait de Chisholm (Chev., p. 136). Empoisonnement par le sparus chrysops. Céphalalgie ; nausées ; démangeaisons intolérables ; éruption ortiée ; île de la Grenade, Antilles.

Fait de Queros. (Chev p. 133). Divers poissons pêchés par le 14e degré de lat. S. le 1er juin 1806, parmi eux le *sparus pagrus*. L'équipage en mange, le navire avait l'air d'être ravagé par la peste. Phénomènes du choléra morbus, avec des éruptions rouges. En juillet, Cook et Forster furent incommodés par le même poisson.

Le perroquet (sparus Psittachus) provoque parfois à l'île Bourbon des accidents plus ou moins graves ; les créoles de la Réunion disent que c'est lors qu'il a mangé les animaux qui produisent le corail.

M. Payen, médecin de la marine, a assuré à MM. Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, qu'il a vu survenir une épidémie d'hématurie dans l'équipage de son navire sous l'influence de l'ingestion copieuse de dorade salée, alors que le même poisson, mangé frais, n'avait produit aucun accident.

Famille des scombéroïdes.

Les poissons de cette division de l'ordre des acanthoptérygiens ont un air de famille, un aspect spécial, et cependant ils ne présentent qu'un petit nombre de particularités caractéristiques qui leur soient toujours applicables à tous. Des écailles ordinairement très petites qui font paraître la plus grande partie de la peau comme si elle était lisse, des nageoires verticales non écailleuses, des pièces operculaires sans épines ni dentelures, des communs généralement nombreux, en outre la plupart ont les côtés de la queue carénée ou armée d'écailles, ou de boucliers eux-mêmes carénés, les derniers rayons de leur seconde nageoire dorsale et de leur accale sont libres, les rayons épineux de la première manquent de membrane qui les unisse ; le plus souvent leur caudale est d'une force et d'une dimension remarquables. Dans la plupart, les premiers rayons épineux de l'anale sont séparés du reste de cette nageoire et en forment une autre petite et distincte. Mais aucun de ces caractères n'est commun à tous, et on peut voir dans la longue série des genres et des espèces de scomberoïdes, des formes quelquefois très variées et des particularités organiques très notables. (Chenu, p. 235).

Les scombéroïdes sont essentiellement marins, ils sont parfois d'une incroyable fécondité et constituent les poissons voyageurs par excellence.

La famille des scombéroïdes comprend plusieurs poissons dont l'usage alimentaire est plus ou moins dangereux; ce sont : le maquereau (scomber scombrus); le thon; le tassart; le quatre; le coulirou; la carangue; la barbiane; la grande gueule.

Chevalier (p. 144). Jeunes gens mangeant du thon pêché peu d'instants auparavant; accidents.

Lauvergne, médecin de la marine, mange du thon piqué; accidents divers; couleur pourpre de la peau.

Fait de Gallay de Tarbes, (*bull. de Ther.*, f. 29; Chev., p. 137).

Huit personnes mangent du thon, six d'entre elles éprouvent d'abord une sensation de picotement des gencives, d'acidité plus ou moins grande, engorgement bleuâtre des lèvres et même phlyctènes chez quelques-uns, rougeur de la face, éruption ortiée; démangeaisons, superpurgation, coliques, etc., etc. Un chien qui a mangé de cet aliment est malade. Plusieurs autres personnes qui mangèrent du même poisson dans la ville furent plus ou moins indisposées et de la même manière.

Fait du Dr Meil. (*bibl. médi.*, *t. LX*, p. 88; Chev., p. 133).

Cinq personnes mangent du maquereau et éprouvent des accidents d'empoisonnement avec éruption ortiée, comme dans les cas d'ingestion des moules.

Quarrier (*Dict. des Sc. Méd.* t. XLIII p. 673) dit que les maquereaux pêchés à Saint-Hélène et mangés le jour même, ne produisent pas d'accidents, tandis que si on les garde jusqu'au lendemain, ils sont constamment vénéneux.

Fait du Dr Pouget (*Jour. des Conn. Méd.* Chev., 1837. f. 239; Chev., p. 137).

A Sorrèze un thon provoque des accidents, malaise, douleurs épigastriques, éruption ortiée, picotement incommode de l'œsophage; chiens et chats malades; le poisson ne paraissait pas avancé.

La chair du thon n'est généralement pas toxique et la meilleure preuve c'est qu'à la Martinique comme ailleurs on en consomme des quantités considérables. Il est très possible qu'ici comme en Europe, les propriétés toxiques de ce poisson soient dues à son état de décomposition commençante.

Il serait utile pour prévenir les accidents que l'usage du thon peut provoquer que la police du marché au poisson fût faite avec une grande vigilance et qu'à la Martinique, comme en Italie ou dans le Midi de la France, on fît jeter impitoyablement à l'eau ou enfouir très rapidement, les thons qui ne présentent pas un parfait état de fraîcheur.

Le *tassart cibium*. Cibium caballa. Cibium acerrum, Val. Caractères du thon sans corselet.

Corps allongé ; dents comprimées, tranchantes, en forme de lancettes; os palatins pourvus de dents en velours; carène de chaque côté de la queue.

M. Méry (cité par Corre) a vu un tassart pêché dans la baie du carénage à Fort-de-France, occasionner de graves accidents sur quinze hommes de

l'aviso à vapeur *l'Achéron*, bien qu'il eût été pêché le long du bord, peu d'heures avant d'être cuit.

Le *quatre* (*trachynotus glaucus*, Val.) Corps en fuseau; profil bombé; museau obtus; nageoire anale et dorsale aiguisées en pointes allongées; rayons de la première nageoire dorsale, séparés en épines isolées; nageoires ventrales thoraciques.

Le *coulirou* (*caranx plumieri*, Val.)

La *carangue*, *caranx*, *carangus*, Val., *jurel*, à la Havane. Caractères des scombéroïdes avec les particularités suivantes :

La carène de chaque côté de la queue vers l'extrémité de la ligne latérale des thons et autres espèces des taibus vénines de la même famille, n'est plus une simple proéminence du derme, mais est garnie et recouverte par des boucliers écailleux, carénés eux-mêmes, se recouvrant mutuellement et dont l'arête est le plus souvent terminée en pointe ou en crochet.

Deux nageoires dorsales distinctes; épine recourbée en avant de la première; derniers rayons de la seconde, faiblement liés et parfois séparés en fausses nageoires; épines au-devant de la nageoire anale.

La carangue est-elle toxique? telle est la première question qu'il faut se poser quand on s'occupe d'elle. En effet, les uns la considèrent comme parfaitement comestible, tandis que d'autres, comme Chevalier, Duchesne, Moreau de Jonnès, Jumière et Fergusson l'accusent formellement d'avoir produit des accidents.

Il est fort possible que la confusion provienne de ce que la dernière catégorie des auteurs précités a pris la fausse carangue pour la vraie, car il est à remarquer que les carangues toxiques ont été pêchées à de grandes profondeurs et étaient des poissons de grande taille.

Voici les caractères comparatifs, tels que les donne M. Corre (*loc. cit.*) :

Carangue proprement dite caranx carangus.	*Fausse carangue fallax caranx.*
Poitrine nue.	Poitrine écailleuse.
Tache noire formée à l'échancrure de l'opercule.	Pas de tache à l'opercule.
Ligne latérale pourvue d'une trentaine de boucliers, arquée, puis devenant rectiligne par degrés.	Ligne latérale pourvue d'environ 35 boucliers, arquée dans sa portion antérieure, prenant subitement la direction droite, dans sa portion postérieure.
Nageoires d'un beau jaune, 1re dorsale 7-8 rayons épineux; 2e dorsale 19-21 rayons mous; pectorales falciformes souvent tachées de noir; ventrales 1/5 anale 2/17; caudale fourchue.	Nageoires d'un jaune terne, 1re dorsale 7-8 rayons épineux; 2e dorsale 21 rayons mous; pectorales sans tache noire.

Dans tous les cas, il est parfaitement rationnel de soupçonner et de rejeter, comme on le fait à la Havane, les carangues qui pèsent plus de deux livres ou celles qui ont la tête pleine de vers.

Fait de Moreau de Jonnès. (Chevalier, p. 124.) Vingt personnes empoisonnées en octobre 1808, par une carangue, pêchée la veille dans le canal de Ste-Lucie, bien qu'on n'eût pas vu depuis longtemps aucun accident suivre l'ingestion des poissons de même nature, pris dans les mêmes parages. Un chien qui mangea les entrailles de la carangue mourut ; les phénomènes principaux éprouvés par les malades, furent coliques, nausées, éblouissements, spasmes et même convulsions, furoncles, une sorte de miliaire avec douleur et desquamation de l'épiderme. En août 1803, un accident de ce genre avait tué deux personnes au Céron dans l'île de la Martinique.

Fait de Willliam. (Fergusson, transac. of the roy. soc. of Edimb. T. 9, p. 65, bull. sciences, med. T. 4, 1824, Chev. p. 125.)

Une famille qui avait mangé du hareng aux gros yeux ou de la carangue, éprouva des accidents. Chez les uns, ce fut du choléra morbus avec taches vermeilles sur la peau, assez semblables à celles de la scarlatine, mais élevées. Douleurs dans les os, fièvre, engourdissement douloureux de la plante du pied, tremblement spasmodique, un des malades succomba.

Fait de Janière. (*Loc. cit.*, p. 18, Chev. 124.) Quatorze personnes sont empoisonnées par un court bouillon de carangue. On avait mis une cuiller d'argent dans le vase pour savoir si le poisson était toxique et la cuiller n'avait pas noirci.

Famille des gobioïdes.

Les gobioïdes ont en général le corps allongé, souvent comprimé et dans plusieurs cas (le genre blennie), recouvert d'une peau muqueuse; leur dorsale unique a des épines grêles et flexibles et même presque entièrement molles dans un genre. Tous ont à peu près les mêmes viscères, c'est-à-dire, un canal intestinal égal, ample, sans dilatations, sans cœcum et ils ne présentent point de vessie natatoire. Ce sont des poissons de petite taille propres à presque tous les pays, plusieurs d'eux sont vivipares. (Chenu, 253.)

La famille des gobioïdes renferme un poisson, le gobius criniger qui est toxique à Pondichery.

Gobius criniger ; gobie porte-crins ; calon-oulouvé.

La longueur du corps est, chez les plus grands individus, de 75 millimètres, celle de leur tête est de 15 millimètres ou le quart de la longueur totale, leur profil est arrondi, comme busqué, les yeux sont au sommet du profil à une longueur d'œil de l'extrémité du museau. L'iris est d'un jaune doré très pâle; la partie supérieure de l'orbite est colorée en noir ; l'espace extra-orbitaire (suscrânien) est fort étroit et paraît noir par le rapprochement de cette partie des orbites ; la bouche est grande ; la mâchoire inférieure quand elle est abaissée, dépasse la supérieure ; les dents sont très

petites, égales. Vu en masse, le dos est brunâtre et le ventre argenté. La coloration du dos est due à la présence de taches brunâtres, dont les unes sont confuses et les autres bien limitées, elles s'effacent à la mort et l'alcool les fait reparaître. Elles sont loin d'être constantes à l'exception d'une qui est arrondie et placée près de l'origine de la nageoire caudale, la nageoire ventrale est blanche, arrondie, et va jusqu'au voisinage de l'anus. Les nageoires ventrales se terminent dans l'alignement de la fin de l'anale, elles sont blanches, transparentes, non maculées. La dorsale antérieure, qui est transparente, a six rayons; le second, *dans la majeure partie des individus*, se prolonge en un poil dont la longueur est au moins égal à la partie du rayon inséré dans la membrane de la nageoire. Ce poil manquait dans la plupart des poissons que j'ai observés, mais chez tous, à partir du second rayon, les autres rayons diminuaient rapidement de longueur. La membrane de cette nageoire est bordée de noir, une ligne noire court entre son bord libre et son bord adhérent. La dorsale postérieure est à peu près opposée à l'anale et a la même longueur. Elle a onze rayons; la membrane est bordée de noir avec des taches noires disposées assez régulièrement sur deux lignes.

L'anale porte onze rayons; elle est parfaitement transparente, légèrement bordée de noir et sans aucune espèce de macule.

La caudale est arrondie, bordée de noir, parsemée de taches plus ou moins régulièrement disposées sur quatre lignes.

En arrière du crâne, entre les pectorales, en avant de la dorsale antérieure se trouve un espace dépourvu d'écailles qui, ailleurs, sont très grandes, irrégulièrement triangulaires, marquées de stries divergentes partant du sommet de cette espèce de triangle et coupées en travers par de nombreuses stries très fines et parallèles ; de chaque côté de la partie voisine du sommet et sur une moitié des bords qui le forment, se trouvent deux épines acérées, d'autant plus larges qu'on s'éloigne davange de ce sommet, vers lequel elles sont très légèrement inclinées. (Collas, journ. off. de l'Inde, Fonssag. et Mer, p. 334.)

M. Collas ajoute que le gobius criniger est souvent mélangé à d'autres poissons d'espèces voisines, le gobius kokius, g. apogonius, g. neglectus et un grand nombre d'autres poissons parmi lesquels il a cru reconnaître des apocrytes (gobioïdes).

Le Dr Collas, médecin en chef de la marine à Pondichéry, a fait des expériences pour déterminer quelle est la partie du gobius criniger qui est toxique, et voici comment il procéda :

Première expérience. — A 8 heures du matin, il donne trois têtes de ce poisson à une poule et quatre à une autre. A 9 heures et demi, titubation ébrieuse, progression impossible, selles fréquentes; à 11 heures ces accidents augmentent; entre 1 heure et 2, elles meurent sans convulsions, dans un état de prostration extrême; au moment de leur mort leur bec se remplit d'une bave écumeuse.

Deuxième expérience. — Les corps de ces poissons dont la tête avait été donnée aux poules de la première expérience, sont présentés à des poules,

et produisent des accidents analogues, mais moins graves ; ces poules furent malades pendant toutes la journée et semblèrent bien portantes dès le lendemain.

Troisième expérience. — Dix foies de gobius donnés à une poule et dix intestins sans le foie, sont donnés à une autre : les deux succombent en 2 heures.

Quatrième expérience. — Les corps des gobius, qui avaient été débarrassés de leur intestin et de leur foie donnés à des poules, provoquent la mort en 4 heures et demie.

Cinquième expérience. — Des gobius criniger, fricassés dans de la mantègue et servis à des chiens, provoquent des vomissements et de la diarrhée ; seulement la facilité avec laquelle les chiens vomissent, paraît expliquer à M. Collas le peu de gravité des accidents présentés par ces animaux.

Famille des labroïdes.

Les poissons qui entrent dans cette grande division se reconnaissent aisément à leur aspect, leur corps est oblong, écailleux ; ils n'ont qu'une seule nageoire dorsale, soutenue en avant par des épines garnies chacune le plus habituellent d'un lambeau membraneux ; les mâchoires sont couvertes par des lèvres grosses, charnues, proéminentes, plissées ; les pharyngiens sont au nombre de trois, deux supérieurs appuyés au crâne, un inférieur grand, tous trois armés de dents tantôt en pavé, tantôt en pointes ou en lames, mais généralement plus fortes que dans les autres acanthoptérygiens, leur canal intestinal est sans cœcums ou avec deux très petits, leur vessie natatoire est forte.

Les labroïdes sont des poissons de taille moyenne ou petite et ornés le plus souvent des plus vives couleurs, on en connaît un grand nombre d'espèces. (Chenu, p. 264).

Cette famille se partage en quatre catégories qui sont :

A. Une dans laquelle des dents maxillaires sont fortes, en pavé ou en pointes assez aiguës, ligne latérale non interrompue.

B. La seconde dans laquelle les dents sont la même chose, ligne latérale interrompue.

C. La troisième dans laquelle les dents maxillaires sont en carde ou en velours, ligne latérale non interrompue, mais finissant sous la dorsale.

D. La quatrième dans laquelle les dents sont réunies en lames osseuses avec les mâchoires.

Jusqu'ici la famille précitée fournit deux poissons qui passent pour vénéneux : 1° la patate verte, scarus vétula de Blanville qu'on trouve dans les mers des Antilles, et qui appartient à la quatrième catégorie, genre scarre ; 2° le corascinus fuscus major, qu'on trouve dans les mêmes mers et qui appartient à la troisième catégorie.

Fait de Chisholm (Chev., p. 129).

En 1786, sept ou huit personnes furent très malades pour avoir mangé du corascinus fuscus major.

Scarus vétula. — Patate verte, vieille.

Corps ovale oblong comprimé, couvert d'écailles larges et lâches.

Mâchoires convexes, arrondies, garnies de dents disposées comme des écailles sur leurs bords et leur surface antérieure, les dents se succèdent d'arrière en avant, de manière que celles de la face sont les plus nouvelles et formeront plus tard un rang au tranchant.

Lèvres rétractiles; opercules entiers, écailleux, plaques pharyngiennes disposées en lames transversales, membranes branchiostégées à quatre ou cinq rayons; nageoire dorsale unique; ventrale et anale garnies de rayons épineux.

A propos de l'action vénéneuse de la vieille, le P. Labat (t. VII, p. 99) dit : « J'ai connu un capucin nommé le P. Raphaël qui, pour en avoir mangé une qui n'était pas bien cuite, à ce qu'on disait, avait pensé mourir; il avait entièrement changé de peau et était demeuré tout le reste de sa vie tremblant comme un homme qui a le frisson. Je doute que le défaut de cuisson tout seul ait pu produire de si mauvais effets. Ce bon père en devait être quitte selon les règles pour une indigestion qui ne devait pas avoir des suites si longues et si funestes, et c'est ce qui me porte à croire que cette vieille avait avalé quelques ordures qui l'avaient empoisonnée, car, comme ce poisson est fort goulu, il pouvait avoir avalé des pommes de mancenillier, des galères et autres choses vénéneuses qui aient corrompu sa chair et causé ces accidents au capucin. »

ORDRE II : MALACOPTÉRYGIENS ABDOMINAUX.

L'ordre des malacopterygiens abdominaux, le second de la classification de Valenciennes, contient cinq familles, parmi lesquelles quatre sont considérées jusqu'ici comme contenant des poissons toxicophores. Ce sont :

1° Les cyprinoïdes (1re fam. de Val.);

2° Les esoces (2e fam. de Val.);

3° Les salmonides (4e fam. de Val.);

4° Les clupes (5e fam. de Val.);

Dans cet ordre, il n'y a donc que la troisième famille de Valenciennes, celle des siluroïdes, qui n'ait pas encore été incriminée d'une manière positive, et cependant Adanson croit que, malgré son bon goût, la chair du silure qui appartient à cette famille, n'est pas saine pour tout le monde.

Famille des cyprinoïdes.

La famille des cyprinoïdes renferme un grand nombre de poissons qui peuplent les eaux douces des continents : leur bouche est peu fendue, non protractile, mâchoire faible, le plus ordinairement sans dents et dont le bord est formé par les intermaxillaires pharyngiens, fortement armés de dents, principalement les inférieures, ce qui compense le manque d'armure des mâchoires. Rayons branchiaux peu nombreux. Corps écailleux et les

écailles formées de lames à bords d'accroissement lisses, entiers, parallèles, ou présentant des stries en éventail sur la portion radicale; nageoires ventrales, lorsquelles existent, abdominales rejetées sous le ventre et ordinairement situées à l'aplomb de la dorsale. Pas de nageoire adipeuse, estomac sans cul-de-sac, pylore sans appendices cécaux; intestins très longs, repliés plusieurs fois sur eux-mêmes, ce qui dénote le genre de vie peu carnassier et presque exclusivement herbivore. Foie assez gros à lobale principal, souvent très volumineux. Vessie aérienne, grande, à parrois fibreuses, divisée le plus souvent en deux, quelquefois même en trois sacs distincts; rate grosse, reins allongés, crâne lisse, n'ayant que la crête interpariétale vraiment saillante, corps de la premiere vertèbre lié à ceux de la seconde et de la troisième à peu près de la même manière que dans siluroïdes et de même que chez ces dernières des rayons durs et piquants, aux nageoires dorsale et anale de quelques espèces.

Les cyprinoïdes se partagent en quatre tribus:

A. Les cyprins;

B. Les ables;

C. Les cobites;

D. Les cyprinodons.

Le barbeau dont on a incriminé les œufs appartient à la première.

Barbeau (cyprinus barbus, barbus vulgaris, b. fluvialis).

Le barbeau qui est caractérisé par la nageoire dorsale et anale courtes, une forte épine sur le second et le troisième rayon de la nageoire dorsale, quatre barbillons, dont deux sur le bout, et deux autres aux angles de la mâchoire supérieure, ont le corps plus long et moins comprimé que la carpe, la tête oblongue, d'un gris olivâtre, pâle sur le dos avec des reflets dorés peu brillants, ou de l'aiton pali, mais parfois prennant des tons du bleu d'acier, et se changeant insensiblement en un blanc argenté, jaunâtre, devenant sous la poitrine et la gorge d'un blanc mat avec des reflets un peu nacrés. Dorsale grise plus ou moins olivâtre, avec quelques points bruns plus ou moins effacés entre les rayons, caudale bordée de teintes rembrunies; pectoral pâle.

Fait de Gesner, *de aquat.*, p. 163; Chevalier, p. 119 : phénomènes d'empoisonnement par les œufs de barbeau.

Fait d'Antonio Gago de Crémone (florida corona quæ ad sanitatis hominum, etc.), Venitiis, 1491; Chev., p. 120) : phénomènes d'empoisonnement à la suite de l'ingestion des œufs de barbeau.

Fait du Dr Vallot de Dijon (*bull. soc. méd. envul.*, 1822, fév.; Chev., p. 120). Sœurs de charité mangeant des œufs de barbeau et étant incommodées en raison directe de la quantité absorbée par chacune d'elles.

Autre fait du Dr Vallot (*loc. cit.*). Accidents de coliques et de vomissements dus à l'ingestion des œufs de brochet et de barbeau.

Fait du Dr Trapenard (*bull. gen. de thér.*, t. XLI; septembre 1854, p. 284). Superpurgation et divers accidents par l'ingestion des œufs de barbillon.

Fait de Sauvages (de venenatis Galliæ animalibus. 1758, Chev., p. 120),

cardialgie, vomissements et diarrhée à la suite de l'ingestion des œufs de barbeau.

Fait de Kopp et Marx (Journal de chimie médicale t. XI, p. 240. Chev., p. 120). Mêmes accidents pour la même cause.

Fait du journ. des conn. méd., (Chir., 1844; Chev., p. 120). Œufs de barbeau mangés par plusieurs personnes, les enfants et une jeune domestique furent plus malades que les adultes.

Fait de M. Huson (Bull. gén. de thér., t. XXXVII; juillet, 1849, p. 49). Une famille mange un barbeau avec ses œufs, un d'entre eux qui ne touche pas aux œufs, n'est pas malade, les autres le sont.

Dans quelques cas, la chair du barbeau lui-même a été incriminée, mais il est à remarquer que c'est quand elle a été modifiée par une substance toxique, ayant servi à la pêche du poisson; le fait suivant qui a rapport à la loque du levant, en est une preuve.

Fait de Goupil (bull. de Soc. de la Fac., 1807; Chev., 121). Individus ayant des vomissements et de la diarrhée, pour avoir mangé des barbeaux enivrés par la loque du levant.

Famille des ésoces.

Ces animaux dont on ne connaît qu'un nombre assez restreint d'espèces réparties dans une dizaine de groupes propres principalement à l'Europe et à l'Amérique, ont pour caractères principaux de manquer d'adipeux et d'avoir la machoire supérieure à bord formé par l'intermaxillaire, ou du moins, quand il ne se forme pas tout à fait, ayant le maxillaire sans dents et caché dans l'épaisseur des lèvres. Ce sont des poissons très voraces, ayant un intestin très court et sans cœcums; ils ont tous une vessie natatoire, habitent tantôt dans la mer, tantôt dans les fleuves ou les petits cours d'eau. (Chenu).

La famille des esoces contient une espèce vénéneuse, l'orphie, que l'on trouve dans les mers des Antilles, et nous devons ajouter aussi que les œufs de brochet provoquent quelques rares fois des superpurgations et des vomissements, mais néanmoins le plus souvent leur usage est sans danger. Il paraît que c'est de mars à septembre, de préférence, moment où le brochet maigrit et paraît malade, que se montrent les accidents.

L'orphie (belona cariboa Linn.).

La *grande orphie* (esox brasiliensis).

La *petite orphie* (esox marginatus).

Aspect anguilliforme; tête très allongée. Corps allongé, revêtu d'écailles peu apparentes excepté une rangée longitudinale carénée de chaque côté près du bord inférieur. Intermaxillaires formant tout le bord de la mâchoire supérieure qui se prolonge, ainsi que l'inférieure, en un long museau; dents aux deux mâchoires, mais pas aux autres parties de la bouche; celle du pharynx en pavé.

Voici ce que dit le P. du Tertre de l'orphie : « Sa chair est aussi bonne que l'autre, pourvu qu'il n'ayt pas mangé de la mancenille; c'est pourquoy

il luy faut regarder aux dents, qu'il a plus grandes que la première (anguille de mer) et si elles ne sont bien blanches, il ne faut point en manger. » (Du Tertre, t. II, p. 71).

Famille des clupes ou clupeioïdes.

Cette famille de poissons est, sinon la plus utile, au moins l'une des plus utiles à l'homme par les immenses provisions d'aliments qu'elle vient chaque année lui offrir avec une régularité admirable. Les clupes ont en général le corps allongé et dans la majorité des cas très comprimé, et surtout le ventre, qui devient même tranchant ; des écailles assez grandes, mais tombant facilement, recouvrent toute la peau ; la mâchoire supérieure est formée comme dans les salmones, au milieu par des intermaxillaires sans pédicules et sur les côtés par les maxillaires. Ce maxillaire, simple dans la plupart des poissons, est chez les clupes composé de trois pièces que l'on voit même à l'extérieur, et que l'on peut aisément séparer par la macération ; les nageoires n'ont jamais de rayons épineux ; les ventrales sont habituellement à peu près sous le milieu du corps, la dorsale de médiocre longueur est toujours unique, et il n'y a pas d'adipeux ; le plus grand nombre des espèces a une vessie natatoire et de nombreux cœcums. (Chenu., p. 301).

La famille des clupes se partage en deux genres principaux :

1° Les harengs ou clupeoïdes proprement dits ;

2° Les anchois ou engrandis ;

A la suite de ces deux genres principaux, sont d'autres genres plus secondaires.

Cette famille renferme quelques poissons vénéneux appartenant soit au premier, soit au second genre.

Nous ne devons pas oublier de signaler que c'est à cette famille qu'appartient la melette vénéneuse, si connue des médecins de la marine, depuis l'accident arrivé à l'équipage du *Catinat* à la Nouvelle-Calédonie, et que la spratella fimbriata (Val.) est accusée de produire sur la côte du Malabar des maladies de peau aux Indiens.

Les harengs saumurés s'altèrent parfois et provoquent alors des accidents ches certaines personnes.

Fait de l'encylographie (t. II, p. 45.; Chev., p. 132).

Vertiges, vomissements, sueur froide, disparition du pouls à la suite de l'ingestion des harengs ; ipéca ; guérison.

Fait de Fayrer de Prague (*Gaz. Hop.*, 1845, p. 476 ; Chev., p. 131).

Femme de 30 ans, bien portante ; mange à dîner du hareng saumuré, d'odeur et de saveur désagréables, deux séries d'accidents peu après : 1° pression dans l'estomac, soif vive, sensation de froid, abattement qui arrive jusqu'à l'anéantissement ; perte de connaissance, face pâle et grippée, sueur froide, pupilles dilatées, pouls insensible ; bientôt vomissements abondants. C'est alors que commence la seconde série : coliques violentes, épigastre sensible à la pression, contraction des muscles de la face, res-

serrement des mâchoires, nausées sèches, pouls filiforme à 100 ; sueur froide ; une demi-heure après réaction, sommeil ; le lendemain matin fatigue, guérison peu après ; deux autres personnes qui avaient moins pris de hareng furent moins malades.

Fait de Chisholm (*Édimb. méd. journ.*, etc., 1808 ; Chev., p. 124). Nègre de l'habitation du Grand-Mal près de Saint-Georges, mange du cailleux-tassart (clupea thrissa) ; aussitôt après convulsions ; mort en une demi-heure ; œsophage et estomac enflammés violemment.

L'alose (clupea alosa) est considérée comme un poisson malfaisant par les Russes, mais cependant on la mange si généralement impunément, qu'on est en droit de se demander, si la répulsion des Russes ne provient pas de ce que ce poisson a beaucoup d'arêtes.

Fait de Berchon. (Gervais et Van Bénéden, t. Ier, p. 275). A bord de la *Moselle* sur rade d'Arica, de 1827 à 1833 : Sorte de sardine ; mise en saumure ; une ou deux par homme ; deux heures après ingestion, éruption rouge éclatant ; chaleur, enflure ; troubles digestifs, l'éruption disparaît trois heures après, sans accidents graves.

La sardine, qu'on prend avec un appât appelé la *rogue* et qui est fait lui-même en partie avec du poisson pourri produit fréquemment, quand elle n'est pas bien vidée, un engourdissement et une somnolence que le café dissipe. Quelques rares fois on a vu la sardine produire des superpurgations et des accidents semblables à ceux des autres poissons toxicophores, sans cependant qu'une certaine gravité ait été dépassée.

La sardine des Antilles (*Clupea humeralis* de Cuvier) a les caractères suivants : Corps comprimé, surtout inférieurement ; couleur bleu d'acier avec deux traits longitudinaux noirâtres sur le dos, argentés sur les flancs ; nageoires grises, dorsale et anale 18 rayons ; ventrale 8 ; pectorales 5 ; nageoire caudale petite et fourchue ; museau court ; mâchoire inférieure tachée de noir à son extrémité ; pièces de la joue striées ; ouïes largement fendues.

La sardine des Antilles est vénéneuse en tout temps, d'après les uns, vénéneuse seulement lorsqu'elle a mangé des galères, d'après les autres ; dans tous les cas doit être proscrite sans exception, à mon avis.

Le cailleux tassart (meletta thrissa, V.), hareng de la Martinique ; sardine dorée.

Corps ovale assez régulier ; hauteur égalant le quart de la longueur ; tête courte faisant un peu moins du cinquième de la longueur ; couleur verdâtre sur le dos, argentée sur les flancs ; tache noirâtre sur l'épaule ; mâchoire supérieure échancrée sans dents ; mâchoire inférieure dépassant un peu la supérieure et sans dents aussi ; rangée longitudinale de très petites dents sur la longueur ; nageoire dorsale de 19 rayons, les premiers six fois plus élevés que les derniers, mais le dernier prolongé outre mesure ; nageoires anales 23 rayons, nageoires ventrales 8 ; nageoire caudale fourchue.

Voici ce que dit le P. Du Tertre de l'action vénéneuse du tassart :

« La chair en est blanche et aussi bonne que celle du brochet, mais elle est plus dure à cuire et indigeste. J'ay veu plusieurs personnes avoir la

fièvre pour en avoir mangé ; d'autres qui ont eu des coliques bilieuses et des dégorgements de bile, dont ils ont pensé mourir ; mais je croy que cela n'arrive qu'à ceux qui en mangent trop ou qui le mangent à demy cuit, comme il arrive souvent sur mer, car j'en ay mangé plusieurs fois sans en avoir ressenty la moindre incommodité. » (P. Du Tertre, t. II, p. 68.)

On a accusé l'anchois (clupea encrasicholus) de provoquer parfois des accidents, mais les faits signalés sont si rares et si peu probants qu'on ne saurait incriminer ce poisson jusqu'à plus ample informé.

Famille des salmonides.

La famille des salmonides est constituée par des poissons caractérisés par un corps écailleux et une première dorsale à rayons mous, suivie d'une seconde dorsale, petite et adipeuse, c'est-à-dire, formée simplement d'une peau remplie de graisse et non soutenue par des rayons. La structure et l'armure des mâchoires varient considérablement, anatomiquement. Ils ont de nombreux cœcums, leur canal intestinal est généralement assez court ; ils sont pourvus d'une vessie natatoire. (Chenu, p. 344.)

Les salmonides se partagent en deux groupes principaux :

A. Les saumons proprement dits ;

B. Les characins.

Jusqu'ici, c'est dans la première catégorie qu'on a trouvé les individus vénéneux

Saumon (salmo salar).

Le saumon, même à l'état de fraîcheur irréprochable, a provoqué parfois des accidents.

Fait de Chevallier. (p. 435.)

En juillet 1843, 9 personnes sur 12 mangent du saumon, elles sont très gravement malades, le poisson était probablement avancé.

ORDRE III ; MALACOPTÉRYGIENS SUBBRACIENS.

L'ordre des malacoptérygiens subraciens comprend trois familles, parmi lesquelles les deux premières renferment des poissons toxicophores, ce sont : A. les gadoïdes (première famille de Val.) ; B. les pleuronectes (deuxième famille de Val.). Seule, la famille des discolobes n'a pas encore été incriminée jusqu'ici.

Famille des gadoïdes.

La famille des gadoïdes est reconnaissable à ses nageoires ventrales, attachées sous la gorge et aiguisées en pointe. Dans ces poissons, le corps est médiocrement allongé, peu comprimé, couvert d'écailles molles, peu volumineuses. Leur tête, bien proportionnée, est sans écailles ; les mâchoires et le devant du vomer sont armés de dents pointues et inégales, médiocres et petites, placées sur plusieurs rangs et faisant la carde ou la rape, leurs ouïes sont grandes et à 7 rayons, presque tous portent deux

ou trois nageoires sur le dos; une ou deux derrière l'anus, une caudale distincte et les ventrales sont, comme nous l'avons dit, aiguës et jugulaires. Toutes ces nageoires sont molles. Intérieurement leur estomac est en forme de grand sac robuste; leurs cœcums sont très nombreux, et leur canal intestinal est assez long. Ils ont une vessie aérienne grande, les parois robustes et souvent dentelées sur les bords.

Les gadoïdes sont de taille moyenne ou grande, ils vivent dans les mers froides ou tempérées des deux hémisphères et se trouvent pour certaines espèces en bancs considérables, une seule d'elles remonte les fleuves. (Chenu, p. 319.)

Cette famille fournit la morue dont l'emploi dans l'alimentation est considérable, on le sait.

Les œufs gadus lota, de loche ont occasionné plusieurs fois des accidents plus ou moins graves en Europe.

Famille des pleurochnètes, ou poissons plats.

La famille des pleurochnètes a un caractère unique parmi les animaux vertébrés : celui du défaut de symétrie de leur tête où les deux yeux sont placés du même côté, tantôt à droite, tantôt à gauche, lequel côté reste supérieur lorsque le poisson nage et est toujours coloré fortement, tandis que le côté où les yeux manquent est constamment blanchâtre. Le reste du corps participe un peu de cette irrégularité. Les deux côtés de la bouche ne sont pas égaux, et il est rare que les deux pectorales le soient. Le corps est très comprimé, haut, verticalement; la nageoire dorsale règne tout le long du corps, l'anale occupe le dessous du corps et les ventrales ont presque l'air de la continuer en avant, d'autant plus qu'elles sont souvent unies l'une à l'autre. Les ouïes ont six rayons. La cavité abdominale est petite, mais se prolonge en sinus dans l'épaisseur des deux côtés de la queue pour loger quelque portion de viscères. Il n'y a pas de vessie natatoire, ce qui peut facilement s'expliquer, car ces poissons quittent rarement le fond de la mer. Le squelette du crâne est très curieux à étudier.

Les poissons plats ne sont pas très nombreux en espèces, ils habitent près des côtes et on les trouve dans presque toutes les mers. (Chenu, page 321.)

Fait personnel.

En avril 1869, me trouvant à Milan, on nous servit à quatre heures du soir, peu avant de monter en chemin de fer, des filets de sole qui étaient avancés. Leur odeur me les fit repousser et je conseillai à trois personnes qui dinaient avec moi de ne pas en manger, une d'elles ne tint pas compte de mon avis.

Nous montâmes en voiture peu après. Une heure après le repas, mon imprudent compagnon éprouva des ardeurs d'estomac et une soif excessive. Arrivés à Verceil, il but une grande carafe d'eau frappée. Aussitôt après, il eut des vomissements très abondants, puis bientôt des coliques et des selles diarrhéiques très fétides.

A onze heures, quand nous arrivâmes à Turin, le malade présentait les phénomènes d'un véritable choléra morbus. Pendant toute la nuit, je fus très inquiet. Etat de collapsus d'abord ; selles très nombreuses ; puis, réaction, fièvre, chaleur, délire. Le lendemain au jour, les accidents furent très amendés. Deux jours après, le sujet fut guéri.

ORDRE IV ; MALACOPTÉRYGIENS APODES.

L'ordre des malacoptérygiens apodes contient un assez grand nombre d'espèces d'eau douce et d'eau salée. Ces espèces sont réunies dans une seule famille celle des anguilliformes caractérisée par l'absence de nageoire ventrale par leur forme allongée. Une peau épaisse et molle qui laisse peu paraître leurs écailles qui sont très petites. Ces poissons n'ont que peu d'arêtes, manquent de cœcum et presque tous ont des vessies natatoires qui ont souvent des formes singulières. (Chenu, p. 327.)

Les anguilliformes se partagent en tribus :

A. Les anguilles ;

B. Les gymnotes ;

C. Les donzelles ;

D. Les éguilles.

C'est dans la première tribu, celle des anguilles qu'on a observé jusqu'ici les poissons toxicophores et spécialement dans les genres :

Anguille, congre, murène.

L'anguille (muræna anguilla.) L'anguille a donné quelquefois lieu à des accidents plus ou moins marqués.

Fait du Dr Desay (*Journ. de pharm.*, t. V, 1819, et *Journ. univ. des sc. méd.*, t. XVII, 1820, p. 123, Chev. p. 117.)

On pêche dans les fossés d'un vieux château des anguilles, on en fait un pâté en y joignant deux loutres, plusieurs personnes en mangent et ont des coliques, de la diarrhée, de la cardialgie, etc.

Autre fait du même (*loc. cit.*) Des anguilles cuites sont considérées comme suspectes et jetées à des chiens et des chats qui moururent en vingt-quatre heures.

Autre fait du même. Vigneron de Saint-Privé, à trois quarts de lieue au S.-O. d'Orléans, forte indisposition à la suite de l'ingestion d'une anguille.

Sur les bords de la Méditerranée et particulièrement dans la rivière de Gênes, on dit que le congre donne la dysentérie à l'époque de la ponte.

Fait de Lesson (*voy. méd. autour du monde.*), 1829 ; Chev., p. 129.)

Matelot s'expose au soleil, mange du congre, indigestion le soir, accès d'épilepsie pendant trois jours ; état grave, fièvre et délire pendant plusieurs jours.

Fait de Janière. (Chev., p. 129.)

Cinq hommes et un enfant mangent du congre : dans la nuit, coliques et *choléra*, sensations particulières aux extrémités inférieures ; mouvements convulsifs, défaillances ; goût cuivreux à la bouche ; douleur dans l'œso-

phage ; paralysie des extrémités inférieures chez les plus malades ; état souffreteux pendant plusieurs mois.

Janière dit que les congres gris ou verts font rarement du mal à la Guadeloupe, quand on les prend dans les baies, mais que quand ils sont pris au delà des Cayes, ils sont souvent dangereux. Dans ce cas, dit-il, tout congre qui pèse plus de 6 livres ne doit pas être mangé sans précaution.

Fait du journal de chimie médicale. (T. IV, 3e série ; Chev., p. 145.)

Le commandant et le comptable de Mostaganem (Algérie) mangent une murène, sont très malades, le commandant guérit, le comptable moins vigoureux, succomba au bout de quelques jours d'horribles souffrances.

ORDRE VI; PLECTOGNATES.

L'ordre des plectognates renferme deux familles, les gymnodontes et les scléorodermes, qui ont été toutes deux incriminées et avec juste raison, car certains poissons qui leur appartiennent ont la propriété toxique au plus haut degré.

Famille des gymnodontes.

La famille des gymnodontes fournit plusieurs poissons qu'on doit considérer comme suspects, car Moreau de Jonnès rapporte un accident survenu par l'ingestion du diodon tigrinus et, par ailleurs, le tétrodon du cap, celui de la Nouvelle Calédonie sont avec raison classés au nombre des toxiques, depuis M. de Rochas (aviso le *Styx*, campagne de Calédonie), et Combe (campagne de l'*Audacieuse* en Chine, relâche au Cap).

Dans cette famille, les mâchoires au lieu de dents apparentes sont garnies d'une substance d'ivoire divisée intérieurement en lames, dont l'ensemble représente comme un bec de perroquet et qui, pour les parties principales se compose de véritables dents réunies, se succédant à mesure qu'il y en a d'usées par l'effet de la trituration ; leurs opercules sont petits; leurs rayons au nombre de cinq de chaque côté ; les uns et les autres sont très cachés. Ces poissons sont surtout propres aux mers des pays chauds.

Voici les caractères du diodon de la Martinique :

Diodon, diodon tigrinus (Cuv.), orbe, poisson armé. Corps arrondi, garni d'aiguillons soutenus par trois racines divergentes ; pouvant se gonfler comme un ballon en avalant de l'air comme moyen de défense ; couleur brun-verdâtre sur le dos et maculé de taches noires; blanc terne sous le ventre ; mâchoires saillantes formées de deux pièces éburnées; nageoire dorsale très en arrière, opposée à l'anale pectorale et caudale étalées en éventail, toutes les nageoires sont d'un vert foncé et maculées de taches noires dans l'intervalle des rayons.

Les caractères des tétrodons sont assez analogues et ne méritent par conséquent pas de nous arrêter bien longuement.

Fait du Dr Rochas. (Fonssag., et Leroy de Mér., *loc. cit.*, p. 349.)

« Quatre hommes de l'équipage du *Styx* furent pris en même temps d'accidents d'empoisonnement, le 21 septembre 1857, à la suite du repas du soir au mouillage de Port-de-France (Nouméa). Les accidents éclatèrent rapidement et presque simultanément.

« Nous ne nous étendrons longuement que sur la description du premier cas qui peut servir de type : il s'agissait d'un matelot, agé de 26 ans, peu robuste, mais d'une assez bonne santé. Les symptômes observés furent les suivants : léger picotement et sentiment d'astriction à la muqueuse bucco-pharyngienne qui est d'un vif rouge; étourdissements; fourmillements aux extrémités; trouble de la vue; titubation; pouls lent, vomissements. L'administration de l'émétique les rend plus abondants sans enrayer la marche des accidents; épigastralgie; mouvements spasmodiques des mains; sensation de froid aux pieds; la station et la locomotion sont impossibles; douleurs erratiques, crampes, convulsions, excitabilité réflexe exagérée, alternatives de crises et de périodes de calme. Les crises sont constituées par les convulsions, la dyspnée, la dysphagie; dans leur intervalle : prostration profonde; pouls variable, mais toujours faible; abaissement de la température; pâleur; dilatation de la pupille. Les accidents prenant plus de gravité, on constate un engourdissement général, le malade ne sent plus ses membres; embarras de la parole; cessation des vomissements qui ont été successivement alimentaires, glaireux, bilieux; cyanose des lèvres et des gencives, dyspnée et anxiété extrêmes; tuméfaction du cou; congestion veineuse de la face, mutisme, l'intelligence jusqu'alors restée intacte s'éteint. Respiration diaphragmatique; résolution; coma. Mort onze heures après l'ingestion du poison. Pendant toute la durée des accidents, les urines et les selles ont été supprimées, particularité qu'ont offerte également les trois autres malades.

Le second était un domestique de 24 ans, robuste; il offrit les mêmes symptômes, mais atténués. Chez lui, l'intoxication s'arrêta à la période d'engourdissement. La suppression des évacuations persista pendant quatre jours, la photophobie et les troubles visuels pendant trois. Le rétablissement ne fut complet qu'au bout de neuf jours.

Chez le troisième, jeune taïtien, âgé de 12 ans, on observa les mêmes symptômes, mais moins intenses et qui eurent la même durée.

Enfin, le cuisinier, âgé de 43 ans, d'une constitution vive, expira sans réaction, comme sidéré au bout de trois heures.

L'examen nécroscopique a fourni les résultats suivants :

Aspect extérieur, — cyanose, tuméfaction du cou.

Cavité crânienne. — Injection des membranes cérébrales et du cerveau; sérosité sanguinolente dans les ventricules; ramollissement de la membrane cérébrale.

Thorax. — Engouement pulmonaire, réplétion sanguine du cœur et des poumons.

Abdomen. — Foie engorgé, estomac contenant un verre de liqueur jaune verdâtre et filante, muqueuse fortement enflammée, tapissée d'une couche gluante de même couleur, avulsible par le lavage, même bouillie,

grisâtre et gluante dans l'intestin grêle; muqueuse intestinale transformée en une sorte de putrilage noirâtre. Les altérations sont surtout prononcées aux environs du pylore et vont en diminuant à partir de ce point.

Le traitement institué par M. de Rochas a usité dans l'emploi combiné des évacuants, des stimulants diffusibles et des opiacés.

Il est important de noter que les victimes de cet empoisonnement n'avaient mangé que du frai en quantité qui n'a pas été appréciée.

M. de Rochas à l'occasion de cet accident fit les expériences suivantes pour déterminer les propriétés toxiques du tétrodon.

Première expérience. — 30 grammes de frai frit et mélangé à de la viande qui restait du repas des personnes empoisonnées, sont donnés à un chat qui a, huit minutes après, des vomissements violents puis divers accidents nerveux, et enfin se rétablit à la fin de la journée.

Deuxième expérience. — 6 grammes de frai sans mélange et cru sont donnés à un chat qui présente dix minutes après, de l'inquiétude et de l'agitation, pousse des miaulements plaintifs, à ce moment la langue est rouge, l'animal se lèche les pattes, gratte la terre, a des bâillements et des mouvements convulsifs. Bientôt après, il fait des efforts de vomissements, sa respiration est accélérée, anxieuse, ses pupilles sont dilatées. L'animal tombe ensuite sur le côté, a les membres postérieurs étendus et roides, la langue pendante et paraît dans un état de collapsus complet. La mort arriva une heure après l'ingestion de la substance toxique et l'autopsie montra les mêmes lésions que celles qu'il avait observées chez l'homme.

Dans le mémoire précité, MM. Fonssagrives, Leroy de Méricourt disent que du frai de tétrodon conservé par M. de Rochas dans l'alcool, fut administré à deux chats par M. Lefèvre, directeur du service de santé de Brest, sur le premier d'entre eux, il n'y eut pas d'accident notable, mais sur le second qui, ayant été préalablement soumis à l'abstinence, en mangea une plus grande quantité, il y eut des signes non équivoques d'intoxication.

Famille des sclérodermes.

La famille des sclérodermes se distingue facilement par leur museau conique ou pyramidal, prolongé depuis les yeux et terminé par une petite bouche armée de dents distinctes en petit nombre à chaque mâchoire, leur peau est généralement âpre ou revêtue d'écailles dures, leur vessie natatoire est ovale, grande et robuste.

La forme des sclérodermes rappelle un peu celle des diodons et autres gymnodentes, quoique le corps soit généralement plus comprimé, mais ils en diffèrent surtout par la nature de leurs téguments composés de plaques cornées (chez les coffres) ou d'écailles très petites et très dures (chez les balistes), en outre, aucun d'eux ne jouit de la propriété de se gonfler. Ce sont des poissons de taille petite ou moyenne, habitant plus particulièrement les mers chaudes. (Chenu). C'est dans cette famille que se trouve le poisson appelé vulgairement Vieille et qu'il ne faut pas confondre

avec un autre poisson dont nous avons parlé précédemment, le scarus vetula, patate verte, vieille, de la famille des labroïdes.

Fait de Janière. (p. 14 ; Chev., p. 144.)

Une grosse vieille (balistes vetusa), mangée par plus de vingt personnes, une d'elles but du rhum au lieu de vin et fut à peine indisposée. Les autres le furent plus ou moins, ceux qui buvaient du vin pur moins que les autres.

ORDRE DES CHONDROPTÉRYGIENS.

Dans l'ordre des chondroptérygiens ou poissons cartilagineux, on a incriminé la famille des sélaciens et celle des cyclostômes. C'est ainsi qu'on connaît quelques faits d'accidents survenus à la suite de l'ingestion de la chair du requin, et qu'on a accusé parfois la chair de la lamproie.

Voici ce que le P. du Tertre dit au sujet de l'action vénéneuse du requin : « Sa chair n'est quasi que filasse et sent fort le bouquin. de sorte que peu de personnes veulent en manger. On tient aussi pour certain qu'elle donne le flux de sang. La nécessité m'a contraint d'en manger plusieurs fois sur mer sans autre sauce que l'appétit et néanmoins je n'en ay ressenty aucun mal. Ce qui me fait croire qu'il ne fait tort et ne cause ce flux de sang qu'à ceux qui en mangent par excès. » (Du Tertre, t. II, p. 67.)

Sauvages (Cheval., p. 128) décrit des accidents survenus chez deux personnes qui avaient mangé du chien de mer (squalus carcharias) frit.

REPTILES.

Quelques reptiles, les chéloniens et les batraciens servent couramment de nourriture dans divers pays, je crois qu'ils peuvent être considérés comme capables de produire la siguatère dans certaines conditions, car pour les chéloniens au moins, nous connaissons un certain nombre de faits qui ne laissent aucun doute.

Voici pour ce qui regarde la Martinique, un passage du P. Labat qui fixera les idées.

« Sa chair n'est pas bonne à manger, ce qui ne provient pas de ce qu'elle soit plus maigre ou plus dure que celle de la tortue franche, mais d'une qualité purgative qu'elle renferme, qui fait que, quand on en mange, on est assuré d'être couvert de clous, si on a quelque impureté dans le corps. Ceux qui vont aux isles de la Tortille ou aux autres isles pour la pêche de la tortue et du caret, ne vivent que de chair de tortue et du caret pendant trois ou quatre mois qu'ils employent à cette pêche sans pain, sans cacao et sans autre chose que le gras et le maigre de cette chair et il est assuré que les maladies qu'ils ayent même le mal de Naples, ils en guérissent très parfaitement. Cette nourriture leur procure d'abord un cours de ventre qui les purge merveilleusement, que l'on augmente ou diminue à proportion des forces du malade en lui donnant à manger plus ou moins de caret avec la chair de tortue franche. Ce cours de ventre est accompagné de clous ou de bubons qui, pour l'ordinaire, causent la fièvre qui, bien

qu'elle soit violente, ne peut être dangereuse surtout quand le malade est d'une complexion forte et d'un bon tempérament, on en est quitte en douze ou quinze accès, mais les clous qui sont ouverts, continuent de rendre de la matière tant qu'il se trouve la moindre impureté dans le corps, après cela, il semble qu'on soit changé en un autre homme, on devient gras, on se sent tout renouvelé et la force et la santé reviennent à vue d'œil. Cependant il est bon d'avertir ici le lecteur que des personnes vieilles, faibles et délicates auraient peine à résister à ces violentes évacuations et qu'il faut un tempérament fort et robuste pour les supporter.

« Un de nos pères, nommé Jean Mondidier, qui demeurait avec moi en notre habitation du fond Saint-Jacques, lorsque j'en étais syndic en 1697, s'avisa un jour d'acheter un plastron de tortue et malgré tout ce que je pus lui dire, il le fit accommoder et en mangea tant qu'il se sentit de l'appétit. J'en mangeai aussi un peu parce que j'étais bien aise de me purger; mais ce pauvre religieux ne fut pas longtemps sans se repentir de n'avoir pas voulu croire. En moins de trois ou quatre jours, il se trouva couvert de clous, gros comme des moitiés d'œufs de poule, de manière qu'il ne pouvait trouver de situation pour être un moment en repos. Ces clous furent accompagnés d'un dévoyement terrible avec une grosse fièvre qui m'auraient fait craindre pour lui si je n'en avais pas su la cause et si sa jeunesse et sa bonne complexion ne m'avaient rassuré. Il souffrit pendant dix-huit ou vingt jours; mais il en a tiré cet avantage qu'il n'a point été attaqué de la maladie de Siam ni d'aucune autre pendant cinq ou six ans qu'il a demeuré aux isles du Vent.

« Pour moi, qui en avais mangé plutôt comme d'un médicament que comme d'une viande, j'en fus quitte pour un petit dévoyement de cinq ou six jours; accompagné de deux ou trois clous qui ne laissèrent pas que de me faire du bien après m'avoir causé un peu de douleur et d'incommodité.

« Quand la chair du Caret a été salée, elle n'est plus si purgative. (Labat, t. Ier, p. 64 et 65.) »

Depuis on a enregistré à plusieurs reprises, des faits tendant à prouver que le caret, la tortue franche (testudo mydas) et d'autres genres avaient pu provoquer des accidents plus ou moins graves.

CRUSTACÉS.

La classe des crustacés a occasionné souvent des accidents dans tous les pays du monde et en particulier à la Martinique. On me permettra de ne pas fournir la classification étendue de ces crustacés, pour ne pas donner à cette présente énumération une longueur injustifiée, je dirai seulement que les crabes, les langoustes, les homards, les écrevisses ont été accusés de produire des accidents.

Les crabes ont, à la Martinique, une réputation qui fait que plus d'un y regarde à deux fois avant d'en manger et si la population créole n'hésite pas à s'en régaler souvent, elle a au moins le soin dans les ménages, de prendre certaines précautions destinées à les rendre inoffensives. Il y a

longtemps qu'on connaît aux Antilles le danger de l'ingestion des crabes dans certaines conditions et, en effet, voici ce que dit le P. du Tertre des tourlouroux et de tous les crabes en général : « Les unes et les autres sont sujettes à quelques maladies dont il se faut très soigneusement donner de garde parce qu'il en peut arriver de très grands accidents comme il est arrivé à plusieurs habitants qui ont presque perdu la vie pour avoir mangé des crabes *manilotiés* (c'est ainsi qu'on les appelle quand elles sont attaquées; de ces maladies) pour connoistre cela, il faut regarder au *taumaly* s'il est laiteux, s'il se fond, s'il se réduit en eau blanche, enfin, si la crabe est légère, car pour lors il la faut jetter comme un dangereux venin.

« Elles peuvent encore causer les mesmes accidents quand elles mangent de la mancenille, c'est pourquoy il faut prendre garde aux dents et au *taumaly* et mesme au dedans du corps qui devient bruslé et noir comme du charbon, et quoique cette noirceur leur arrive quand elles se nourrissent des pommes de Génipa, cela néanmoins se peut aisément connoistre, car celles-cy ont le *taumaly* ferme, sont grasses, pleines et en très bon point, et celles-là tout le contraire. » (Du Tertre, t. II, p. 109.)

Le P. du Tertre ajoute ceci, touchant les crabes blanches : Il y a beaucoup plus à manger dans celles-ci, mais elles sont plus sujettes à manger de la mancenille et à estre *malinottes*, c'est-à-dire malades. (Du Tertre, t. II, p. 109.)

Le P. Labat (t. II, p. 49) parle aussi des crabes qu'il ne considère pas comme une bonne nourriture et qu'il accuse d'occasionner des accidents quand ils ont mangé du mancenillier. Il indique les mêmes particularités que le P. du Tertre pour reconnaître les inoffensifs des dangereux.

De nos jours, celui qui mange les crabes sans les avoir fait longtemps jeûner, puis les avoir nourris avec du grain et d'autres substances inoffensives, peut être considéré comme un téméraire s'exposant à des dangers parfois très sérieux.

Dans quelques pays des mers d'Amérique, on a noté des accidents plus ou moins graves de l'ingestion des crabes, citons pour exemple qu'en 1819, la frégate l'*Aréthuse* étant sur rade d'Anapolis eut plus de 100 hommes malades et un décès par suite de l'ingestion de crabes. (Fonssag. hyg. nav., p. 691. Fait du Dr Bienvenu.)

Des accidents ont été signalés à la suite de l'ingestion des crevettes, des homards, des langoustes, des écrevisses et de toutes les variétés de crustacés, peut-on dire. En voici quelques exemples qui, parfois, sont assez étranges, je dois en convenir.

Fait cité par Chevallier, p. 425. (*Ephém. des curieux de la nature*, 4e année, obs. 25.) Femme chez laquelle l'ingestion des écrevisses provoquait des éternuements répétés et comme convulsifs.

Fait de Hagendorinus (Chevall., p. 425.) Une personne ayant fait souvent usage des écrevisses sans accidents, est prise un jour de nausées après leur ingestion; gonflement de la poitrine, du cou et de la tête; anxiété précordiale; éruption rouge sur la tête et la poitrine; sueurs et

guérison, mais désormais chaque ingestion provoque les mêmes phénomènes.

Fait de Cloy (Chevall., p. 425.) Un individu mange des écrevisses sans accidents pendant longues années ; à partir d'un certain moment, il ne pouvait en manger sans avoir de vives douleurs d'entrailles qui finirent par entraîner une diarrhée mortelle.

J'ai vu moi-même assez fréquemment des phénomènes morbides qui ne pouvaient être attribués qu'à l'ingestion de homards, de langoustes, de crevettes et d'écrevisses.

MOLLUSQUES.

Les mollusques ont provoqué souvent des accidents de siguatère et, avec les crustacés, ils sont assez souvent incriminés pour prendre rang immédiatement après les poissons. Pour énumérer ceux qui ont donné lieu à des accidents, il nous faut, comme pour les poissons, fournir une classification et c'est celle de Cuvier que nous adopterons, elle se partage, on le sait, en six classes :

1° *Céphalopodes* à corps en forme de sac ouvert par devant, renfermant les branches d'où sort une tête bien développée, couronnée par des productions charnues, fortes et allongées, au moyen desquelles ils marchent et saisissent les objets ;

2° *Ptéropodes* à corps non couvert, à tête sans appendices ou n'en ayant que de peu développés, ayant pour organes principaux du mouvement, deux ailes ou nageoires membraneuses, situées sur les côtés du cou et sur lesquelles est souvent le tissu branchial ;

3° *Gasteropodes* rampant sur le pied ou disque charnu de leur ventre, rarement comprimé en nageoire et ayant toujours en avant une tête distincte ;

4° *Acéphales* à bouche restant cachée dans le fond du manteau qui renferme également les branchies et les viscères et s'ouvre ou sur toute sa longueur, ou à ses deux bouts, ou, enfin, à une seule extrémité ;

5° *Bracchiopodes* renfermés aussi dans un manteau et sans tête apparente, mais ayant des bras charnus ou membraneux et garnis de cils de même nature ;

6° *Cirrhopodes* à membres nombreux, cornés, articulés à système nerveux, plus voisin de celui des animaux articulés que de celui des mollusques.

1° *Céphalopodes*. La chair des céphalapodes est difficile à digérer pour certains estomacs, mais je ne connais cependant pas de fait de siguatère pouvant être rattaché à son ingestion. Loin de moi, néanmoins, la pensée de soutenir que ces céphalopodes ne doivent pas engendrer d'accidents parfois, car je suis convaincu du contraire ;

2° *Ptéropodes*. Les ptérodes sont des animaux assez petits et assez peu nombreux pour n'avoir probablement jamais servi de nourriture à l'homme d'une manière un peu suivie, de sorte que nous ne possédons, je crois, aucun fait qui puisse les incriminer sous le rapport de la siguatère ;

3° *Gastéropodes*. La classe des gastéropodes est de beaucoup la plus nombreuse et elle a été souvent incriminée. Je crois que tous les animaux de cette classe ont pu occasionner des accidents, néanmoins je n'en note qu'un petit nombre de genres sous ce rapport et ce sont les suivants:

On a sait que les aplysies vulgairement appelées lièvres marins (branchifères monoïques), à cause de leurs tentacules postérieurs étaient considérées par les anciens comme très vénéneuses, puisque non seulement leur ingestion, mais encore leur seul contact pouvait provoquer des accidents; mais il faut en rabattre beaucoup et, en effet, contrairement aux assertions de Bohatsch, cité par Dieu (p. 300.), Cuvier, Rang, etc., etc., ont dit que le contact des aplysies avec la peau, ne produit rien d'anormal qu'une légère coloration violette de l'épiderme quand l'animal déteint. J'ai pour ma part manié à maintes reprises, un grand nombre d'aplysies sur les plages de Provence sans jamais leur avoir constaté une action topique irritative.

Rang croit que l'ingestion des aplysies est dangereuse, mais Cuvier affirme qu'elle ne présente aucun inconvénient et Lesson dit que les habitants des îles de la Société les mangent crues, sans aucune crainte.

Les escargots qui sont mangés si communément dans certains pays d'Europe, ont maintes fois occasionné des accidents, soit quand ils ont mangé des substances toxiques (faits de mon savant ami A. Dumas, de Cette, entre autres), soit même sans qu'on puisse en reconnaître la véritable cause.

Grimal, médecin de la frégate la *Belle-Poule* (Fonssag. hyg. nav., p. 690), a vu survenir à Sainte-Marie de Madagascar, des accidents graves chez un matelot qui avait mangé des escargots : céphalalgie atroce ; tremblement nerveux général ; regard fixe ; face pâle ; pouls extrêmement fréquent ; mutisme prolongé ; deux jours après, les phénomènes s'amendèrent et disparurent.

4° *Acéphales*. C'est dans la classe des acéphales que se trouvent les huîtres et les moules qui ont occasionné tant de fois des accidents ; nombre d'autres mollusques de cette classe ont d'ailleurs été incriminés ; les buccardes, les pétoncles, les donaces, les vénus, etc., etc., par exemple.

Moules. Les moules ont une triste réputation sous le rapport de la siguatère, et c'est qu'en effet, elles occasionnent fort souvent des accidents. Je citerai les faits suivants comme exemples.

Fait de Mentyclius. (*Ephém. des curieux de la nature*, 1689, p. 498 ; Chevall., p, 404.) Femme de 20 ans, ayant mangé des moules ; nausées chaleur de tout le corps ; angoisses précordiales ; respiration difficile ; pouls accéléré ; *totum corporis adeo rubrum erat ac si panno coccineo abductum esset*. Mouvements convulsifs ; vomissements provoqués ; soulagement immédiat. Les règles qui étaient en retard de 14 jours, paraissent et la guérison arrive.

Fait de Bautymann. (*Ephém. des curieux de la nature*, 1689, p. 122 ; Chevall., p. 405.) Plusieurs individus ayant mangé des moules : ont : sueurs froides ; douleurs précordiales ; syncopes ; gonflement du ventre,

de la face et des membres. Les vomissements provoqués produisent de très bons effets.

Faits de Mehring. (*Ephém. d'Allemagne*, 1744, p. 115 ; Chevall., p. 405 ; trois obs.)

Faits de Durondeau. (*Mémoires de l'Acad. de Bruxelles*, t. II, p. 315 ; Chevall., p. 405.) Femme incommodée par des moules, guérissant vite par un vomitif. Homme qui mange une quinzaine de moules crues à déjeuner, à midi ; nausées peu à peu ; phénomènes d'empoisonnement ; mort quelques jours après d'une *gangrène au bas-ventre*. Une famille mange des moules, tous ses membres sont indisposés ; la femme qui en a mangé le plus a, trois heures après, mal d'estomac très violent ; nausées ; vomissements, peu après ; convulsions ; mieux sensible, après douze heures d'indisposition. Homme ressentant des accidents d'empoisonnement quelques heures après avoir mangé des moules, *mal de gorge gangreneux* qui met ses jours en danger.

Fait de Werlhof. (*Caution. medico Hanovre*, 1734 ; Chevall. p. 406.) Homme robuste : immédiatement après avoir mangé des moules, cardialgie ; vomissements ; fièvre ; pourpre. Mort le troisième jour.

Fait de Baukmanns. (Chevall., p. 406.) Femme qui avait mangé des moules, très grande hémorrhagie utérine.

Fait de Meibomius. (Chevall., p. 406.) Passions iliaques, produites par l'ingestion des moules vénéneuses.

Fait de Bulloch. (Chevallier, p. 406.) Femme Marweik, 39 ans, mange 12 moules, le 22 septembre 1838 ; un quart d'heure après : malaise, pesanteur d'estomac ; une heure après, sentiment de serrement et d'insensibilité partout, à ce moment, on voit des taches rouges et blanches sur le corps. Peu après, démangeaisons intolérables ; chaleur vive ; gonflement des paupières et de la face, deux heures après l'ingestion, sécheresse du gosier ; suffocation ; dyspnée ; yeux rouges, larmoyants ; crampes aux mollets, on donne du lait en quantité. Une heure après, diminution des symptômes ; sommeil d'une demi-heure ; guérison. La maladie avait duré cinq heures en tout. Les moules étaient de belle apparence. La famille de la malade qui en avait mangé ne fut pas indisposée. La femme Marweik avait déjà eu une atteinte semblable deux ans auparavant.

Fait de Labbey. (*Journ. de chimie méd.*, t. XIII, p. 132.) Une personne gravement indisposée par les moules, elle en avait mangé pendant trente ans sans accidents.

(*Fait de Chevallier*, p. 408). Plusieurs individus mangent des moules, un seul d'entre eux est malade assez gravement.

Faits d'Orfila. (*Traité des poisons*, 3ᵉ édit. 2ᵉ vol., p. 37.) Fille de 16 ans, ingestion de moules cuites ; indigestion ; guérison prompte. Femme de 40 ans, deux heures après l'ingestion des moules : frissons ; douleurs vives à l'épigastre ; démangeaisons vives ; guérison rapide. Femme qui mange une dizaine de moules cuites ; une heure après : accidents graves ; éruption ortiée ; guérison au bout de quatre jours avec grand amaigrissement. Homme mourant deux jours après une ingestion de moules. Deux

enfants, 9 et 14 ans, 1er juillet 1844, moules corrompues ; accidents; vomissements verts noirâtres; dilatation des pupilles. Mort. Trois matelots de Vancouver mangent des moules, un succombe, les deux autres se remettent après avoir eu des vomissements.

Fait de Dubois de Nantes. (*Journ. de chimie*, t. XIII, p. 243; Chevallier, p. 408.) A la fin de 1840, une jeune femme soupe avec des moules crues, à 9 heures, vomissements spasmodiques; selles séreuses; vomissements. Mort en trois heures.

(*Fait cité par Chevall.*, p. 409.) Dix personnes mangent des moules à Dunkerque, une seule est prise; quelques heures après, d'accidents très graves d'empoisonnement; éruption ortiée. Depuis ce moment, elle en a mangé plusieurs fois sans rien ressentir.

Fait de J. Roux. (Chevall., p. 409.) En 1831, à bord de la frégate l'*Herminie*, sur rade de Rio-Janeiro, les maîtres mangent des moules, ils éprouvent dans la nuit, des phénomènes d'empoisonnement; pesanteur hypogastrique; sentiment de constriction dans l'abdomen; vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux, enfin, bilieux; selles fréquentes; douleurs violentes; peau froide; pouls petit et serré; soif vive. Chez un qui était pléthorique, convulsion et douleur de tête très vive. Chez un qui était affaibli, il y eut de l'adynamie effrayante; des vomissements provoqués; des émollients et des bains dissipèrent bientôt ces accidents.

En somme, il ressort des observations publiées que l'ingestion des moules a rarement présenté de graves conséquences, on connaît cependant nombre de cas de mort. Mais en revanche, on ne sait vraiment pas comment et pourquoi les moules sont toxiques quelques fois, car ceux qui, comme Bennie, ont prétendu que les moules crues seules provoquaient des accidents, ont soutenu un fait manifestement erroné.

Bennie cité par Dieu (p. 302), dit que les moules provoquent des accidents quand elles contiennent une petite étoile de mer qui s'y rencontre très fréquemment dans les mois où elles sont nuisibles et son opinion est fondée sur des expériences qui firent du bruit, lorsqu'elles furent connues. Il dit qu'ayant eu à soigner un de ses confrères gravement indisposé, à la suite de l'ingestion des moules, il aperçut dans les vomissements, un grand nombre de petites étoiles.

Ces étoiles prises dans les moules et données crues à des chiens et à des chats, provoquèrent des accidents; données cuites, elles entraînèrent une indisposition moindre. Ajoutons que d'après Dieu (*loc. cit.*,) Durondeau qui a refait les expériences, a obtenu le même résultat. Mais d'autre part, on a prétendu que cette petite étoile avait été ingérée impunément un grand nombre de fois.

D'ailleurs, en nous occupant de l'étiologie de la siguatère, nous aurons à discuter les diverses opinions formulées, touchant la raison qui fait que ces moules et d'autres animaux sont parfois vénéneux; aussi, ne nous étendrons-nous pas davantage là-dessus en ce moment.

Huîtres. Les huîtres ont été incriminées au moins aussi souvent que les moules, et la grande consommation qui en est faite journellement, devai

attirer l'attention de la police médicale en vue d'éviter s'il est possible les accidents.

Il y a, d'ailleurs, longtemps déjà que des mesures ont été prises pour prévenir les accidents que peuvent occasionner les huîtres. MM. Chevallier et Duchesne (*Ann. d'hyg.*, 1851, p. 387) citent des arrêts du 5 mars 1718; des ordonnances de police de 1725, 1729, 1731, 1742, 1748, visant ce sujet.

Les quelques faits que je vais rapporter touchant l'action nocive des huîtres, sont pour la plupart, empruntés comme les précédents à un excellent mémoire de MM. Chevallier et Duchesne, inséré dans les Annales d'hygiène publique de 1851 (p. 387).

Nous ne rapporterons pas *in extenso* toutes les observations fournies par MM. Chevallier et Duchesne ; il nous suffira d'en citer seulement les passages importants ou d'en faire une analyse abrégée.

Fait du roi Henri IV. « Grand dévoiement jusqu'au sang, » à la suite de l'ingestion des huîtres, renseignements trop incomplets pour avoir un grand poids (Chev. et Duch., p. 393).

Fait de Duméril. (Chev., p. 393.) Au Havre, 1846 ou 1847. Huîtres prises dans un parc établi dans un bassin abandonné où on croyait qu'il y avait du cuivre. Pendant la nuit : coliques violentes ; forte diarrhée colliquative ; indisposition, durant 12 à 15 heures. Plusieurs personnes à l'hôtel et en ville, furent malades.

Fait du Dr Pasquier. (Thèse, p. 33 ; Chevall., 394.) Parc à huîtres, creusé dans les fossés d'une citadelle, près des latrines et mis en service prématurément. Sept jours après le commencement du débit, nombre d'accidents ; cardialgie atroce ; coliques violentes ; vomissements ; diarrhée ; fièvre. En un mot, tous les accidents d'un empoisonnement léger ; quelques personnes vomissent jusqu'au sang, d'autres ont de longs tremblements, des suffocations nerveuses ; des convulsions. Les accidents se manifestèrent dans plusieurs villes où les huîtres de ce parc furent envoyées, le temps était chaud et orageux.

Fait cité par Chevall., p. 395. (Fait de la Gazette de santé, 1er septembre 1817, p. 221). Douze personnes mangent des huîtres qui paraissent bonnes toutes, sont plus ou moins indisposées ; maux d'estomac ; coliques vives ; vomissements ; abondantes évacuations. Trois jours après, la santé n'était pas revenue chez tous. Trois personnes du même repas qui n'ont pas mangé d'huîtres, ne sont pas incommodées. Même phénomène à la cuisine.

Fait de Zandick. (Journ. univ. des sc. méd., t. XIV, p. 116 ; Chevall., p. 395.) En septembre 1818, des huîtres pêchées en Normandie et expédiées dans divers pays, provoquent des coliques ; diarrhée ; choléra morbus ; mouvements nerveux. Ces huîtres avaient une eau limoneuse, elles étaient vaseuses. Cinq huîtres ont suffi chez certains individus pour provoquer des accidents, tandis que chez d'autres, l'ingestion d'une plus grande quantité ne donna aucun fâcheux résultat.

(*Fait cité par Chevall.*, p. 397.) Août 1833, Venise, ingestion de 18 huî-

tres limoneuses au déjeuner; au milieu de la nuit: nausées; vertiges; coliques atroces; vomissements; perte de connaissance; diarrhée; dysentérie chronique, durant 6 mois, et affaiblissant beaucoup le sujet, qui fut obligé de venir à Paris se faire soigner par Marjolin. A Venise, on accuse le cuivre.

Fait cité par Chevall., p. 398, 1850. Septembre, des huîtres semblent provoquer quelques légers accidents qui ne se reproduisent pas la semaine d'après, quand on pêche de nouveau sur le même banc.

Fait cité par Chevall., p. 398, 1850. Huîtres de Granville, une personne en mange douze le matin, et en emporte à la campagne, où deux personnes en mangent douze et une quatrième six.

Le lendemain matin, la première personne est malade, le soir, les autres sont atteintes. Les accidents sont survenus 24 ou 25 heures après l'ingestion. Même phénomène chez cinq personnes qui ont mangé des huîtres, deux autres de la maison qui n'en ont pas mangé ne sont pas malades. Deux mois après, la santé n'était pas entièrement revenue chez les cinq personnes.

Fait d'Eydoux (Chevall., p. 399.) 1834, choléra à Marseille; cholérine à Toulon. Six personnes mangent des huîtres de Marennes, une seule est prise d'accidents de cholérine; guérison en 48 heures.

On sait que les huîtres passent pour être malsaines en mai, juin, juillet et août, c'est-à-dire dans les mois qui n'ont pas d'R, et c'est le moment précisément où elles sont laiteuses, c'est-à-dire, qu'elles ont des œufs fécondés et en voie d'évolution entre les feuillets de leurs branchies. Remarquons cependant que l'on trouve des œufs fécondés, chez les huîtres, jusqu'à la fin d'octobre, de sorte que, s'il était démontré qu'ils sont la cause des accidents, c'est en novembre seulement qu'il faudrait commencer à en manger.

Fait de Bedor. (*Gaz. méd.*, 1837, p. 75). Plusieurs personnes mangent des huîtres provenant des doublages d'un navire, quelques-unes sont malades pendant douze à quinze heures et même plusieurs jours.

En nous occupant de l'étiologie de la siguatère, nous discuterons la question du cuivre incriminé pour les huîtres comme pour les moules dans nombre de cas.

5° *Bracchiopodes.* Ce que nous avons dit pour les ptéropodes, est applicable aux mollusques de la cinquième classe, de sorte que nous pouvons ne pas insister longuement sur leur compte.

6° *Cirrhopodes.* Même chose à dire pour la présente classe.

Nombre de Zoophytes ont été incriminés de leur côté, les étoiles de mer, les olothuries, les physalies, mais cependant on ne saurait d'une part, les considérer comme constamment dangereux, vu la grande consommation qui s'en fait tous les jours, et d'autre part, même au cas où des accidents ont suivi leur ingestion, on n'est pas encore fixé sur les conditions qui ont rendu leur corps habituellement inoffensif, dangereux ou seulement aggressif pour notre tube digestif.

On croit dans maints pays, notamment aux Antilles, que la galère est

toxique et pourrait empoisonner si elle était mangée. M. Rufz de Lavison (*Ann. d'hyg.*, t. XXXI) a démontré cependant qu'à la Martinique, des chiens et des poules ont pu en manger sans être incommodés.

Les méduses sont dans le même cas, les uns les considèrent comme très dangereuses, d'autres au contraire affirment leur innocuité.

Lesson (*Hist. des zoophytes acalèphes*, 1843, p. 553) a démontré que l'ingestion de la physalie pélagique ne produit aucun accident, bien que son action irritative topique soit incontestable, puisqu'il suffit de la toucher pour en ressentir une impression de brûlure sur la peau.

Arrêtons ici cette longue énumération dans laquelle j'ai cherché à citer la plupart des cas venus à ma connaissance dans la pensée d'amasser des matériaux faciles à trouver pour celui de mes jeunes camarades qui aurait le désir d'étudier la question plus complètement et avec plus de soin que je n'ai pu le faire moi-même.

SYMPTOMATOLOGIE.

L'empoisonnement que nous désignons sous le nom de siguatère, pour plus de commodité, se présente suivant les cas, les individus ou la substance toxicophore, avec des différences plus ou moins grandes dans l'intensité des accidents, de sorte que pour en tracer la symptomatologie il faut faire diverses catégories, et nous suivrons en ceci l'habitude des descriptions nosologiques qui partagent volontiers les atteintes en trois degrés : A. le degré léger; B. le moyen ; C. le grave. Or, disons d'un premier mot, pour fournir une idée générale au lecteur dès le commencement : A part quelques particularités spéciales qui caractérisent l'affection d'une manière précise, mais qui peuvent manquer dans plus d'un cas, le degré léger présente l'aspect général de l'indigestion, le moyen celui de la cholérine, le grave ressemble, d'une manière frappante, aux atteintes sévères du choléra. Entrons dans une description plus détaillée pour mieux le montrer.

1° *Degré léger.*

Quelques individus qui présentent ce degré léger disent avoir trouvé un goût désagréable à la substance ingérée ; le Dr Lacroix, par exemple, qui a fait une si intéressante relation des accidents qu'il a étudiés à bord du *Catinat*, sur son équipage et sur lui-même, fut atteint au degré léger et dit qu'il avait trouvé un goût comparable à celui de l'iodure de potassium aux melettes qu'on servit sur la table du carré des officiers. Mais la chose n'est pas constante, nombre de fois malheureusement la substance toxicophore n'a paru avoir aucun vice rédhibitoire au moment de l'ingestion, et c'est ce

qui, dans plus d'un cas, a permis aux victimes d'en manger d'assez grandes quantités pour éprouver les accidents au degré le plus intense.

Le degré léger se traduit de deux manières différentes : 1° Par les phénomènes d'une indigestion, suivant de très peu d'heures, de très peu de minutes même, l'ingestion de l'aliment toxicophore ; 2° par d'autres phénomènes que ceux de l'indigestion apparaissant un ou deux jours après cette ingestion. On ne peut mieux se faire une idée de cette division, qu'en admettant deux périodes : A. la période initiale ou de révolte de l'organisme ; B. la période secondaire ou réactionnelle, et en disant qu'il peut se présenter trois cas : dans le premier, le sujet n'a que la première période, dès que son tube digestif est débarrassé de l'agent toxique l'accident est dissipé et il n'en reste pas de trace. Dans le second, au contraire, il y a d'abord ces phénomènes de révolte de l'organisme, puis, une période réactionnelle. Dans le troisième enfin, la première période fait défaut, ou bien peut-être pourrait-on dire a passé inaperçue au sujet, dont l'attention n'est appelée que par la seconde période.

Nous allons décrire les deux périodes de ce degré léger et le lecteur étant prévenu maintenant, sait que suivant les sujets il aura des différences cliniques sous les yeux.

Les accidents primitifs apparaissent plus ou moins vite depuis le moment de l'ingestion jusqu'à quatre heures après le repas, j'ai assisté à un cas où ils furent immédiats. Une jeune femme bien portante, par ailleurs, mangeait dans un repas pris en compagnie de sa famille, composée de trois personnes adultes, des écrevisses dont la fraîcheur ne pouvait être contestée. A peine en avait-elle ingéré trois ou quatre qu'elle est prise d'impatiences dans les jambes et les mains, une sorte de fourmillement désagréable qui l'empêchait de rester sur sa chaise. Elle se lève et aussitôt surviennent des vertiges, des troubles visuels, il lui semble que tout tourne, que le sol oscille comme si elle était sur un navire ; des nausées, des vomissements surviennent, presque aussitôt son corps se couvre d'une éruption scarlatineuse, qui dura une demi-heure environ. Il fallut coucher sans retard la malade, qui eut des crampes dans les membres, des douleurs dans le tronc, des coliques, une débâcle de selles diarrhéiques, qui resta courbaturée pendant deux jours et enfin qui en fut quitte pour une légère indisposition, qui n'eût été appelée que du nom d'indigestion si je n'avais pas été présent pour constater l'état de la peau et relier les divers accidents avec la cause productrice.

Donc, on peut dire que les accidents primitifs du degré léger sont

des fourmillements, des crampes dans les membres, des vertiges, éblouissements, sensations diverses d'oscillation du sol, sentiment de pesanteur d'estomac et douleurs de tête. Bientôt nausées, sentiment de chaleur alternant avec des sueurs froides. Coloration rouge de la peau, ayant l'aspect soit de la rougeur scarlatineuse, soit de l'urticaire, nausées, vomissements, coliques et diarrhée. Ces phénomènes sont variables à l'infini, du plus au moins ; tel ou tel même manquera suivant les sujets, la dose et peut-être la nature de l'agent toxicophore ; puis l'orage se dissipe sans laisser de traces chez les uns, en passant à la seconde période chez les autres, et on comprend très bien que dans un grand nombre de cas, si l'attention n'a pas été attirée sur la cause des accidents, ils peuvent être considérés comme l'indice d'une simple indigestion.

Deuxième période. — Soit que les phénomènes de la première période aient été accentués, soit qu'ils aient passé inaperçus plus ou moins, la seconde période peut se montrer de douze à quarante-huit heures après l'ingestion des aliments toxicophores. Cette seconde période réactionnelle est constituée par un état fébrile des phénomènes de courbature, de douleurs articulaires vagues ; si le sujet est impaludé déjà, l'indisposition peut avoir provoqué l'explosion d'un accès de fièvre véritable ; du côté de la tête il y a une céphalalgie plus ou moins vive. Si le patient est sujet à la migraine, il en éprouve en général une atteinte. Il y a du côté du tube digestif de l'anorexie, pesanteur d'estomac, digestion difficile, coliques sourdes, développement de gaz parfois ; en d'autres termes, on constate, d'une manière plus ou moins claire, les indices d'une fatigue du tube gastro-intestinal. La peau est parfois légèrement subictérique ; il y a parfois aussi des sueurs qui pourraient même être appelées critiques, des émissions abondantes d'urine aqueuse, et en douze, quinze, vingt-quatre heures après, ces divers phénomènes s'épuisent, pour ainsi dire, et font place au retour de la santé.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent le premier degré de l'empoisonnement par les animaux toxicophores ; nous devons reconnaître qu'ils n'ont rien de bien spécial, car la viande de boucherie, la charcuterie, le gibier, certains champignons, réputés cependant non vénéneux, peuvent produire cette indigestion sans appeler l'attention d'une manière bien précise, et on peut dire que s'il y a un diagnostic différentiel à établir entre cette siguatère au degré léger et l'indigestion pure et simple, nous ne savons pas encore l'établir par des signes pathognomoniques certains.

2° *Degré moyen.*

Si le degré léger a présenté des variations qui peuvent le faire passer inaperçu ou le faire confondre avec une simple indigestion, étant la maladie à peine ébauchée pour ainsi dire, le degré moyen représente, lui, la maladie complète, et à ce titre ne saurait se développer sans attirer l'attention du malade et du médecin, qui n'ont bientôt aucune difficulté à établir le diagnostic. Ce degré moyen n'est en somme que l'accentuation plus grande des accidents, et si dans le précédent on a vu la première ou la seconde période constituer à elle seule l'indisposition, nous pouvons dire que dans le degré moyen on observe une assez exacte pondération des deux.

Comme dans le degré léger il y deux périodes, une primitive ou d'accidents, l'autre secondaire ou de réaction organique.

Première période. — Chez certains individus ce sont les phénomènes gastro-intestinaux qui ouvrent la scène, chez d'autres, ce sont des phénomènes nerveux, douleurs de tête et dans les membres, dans tous les cas que l'une ou l'autre série ait ouvert la scène, il ne s'écoule pas un temps bien long avant que l'état morbide soit à son complet développement.

Nous notons donc, après avoir fait cette réserve, la céphalalgie obtuse ou lancinante, qui cependant reste au second plan devant les sensations douloureuses qui ont leur siège dans les membres; ce sont des fourmillements, des crampes, des tiraillements pénibles.

Dieu (p. 264) dit qu'on peut considérer, d'après certains observateurs, comme un caractère spécifique de l'empoisonnement par les poissons toxicophores un sentiment de picotement que les malades ressentent dans les mains quand on vient à les plonger dans l'eau froide.

Ces douleurs des membres siègent aussi, d'une manière obstinée, dans les articulations et ces douleurs articulaires appartiennent non seulement à la période primitive, mais encore persistent souvent d'une manière très pénible pendant la seconde. En même temps notons de la rachialgie des douleurs abdominales et comme on constate aussi de l'oppression des douleurs thoraciques, on peut dire que, bien que les douleurs soient plus intenses à certains lieux d'élection, le système nerveux tout entier est très vivement influencé; il vibre partout plus ou moins douloureusement, si on me passe la figure.

Il y a un sentiment pénible d'ardeur et de resserrement de la gorge; certains sujets accusent un goût métallique ou styptique, d'autres ont un ptyalisme constant pendant l'évolution de cette pre-

mière période qui nous occupe, et bientôt les vertiges et éblouissements qui avaient ouvert la scène dans le cas où ce sont les phénomènes nerveux qui sont apparus les premiers, se mêlent, se transforment en nausées, en efforts plus ou moins efficaces de vomissement.

Ces vomissements lorsqu'ils sont abondants, ont une action très satisfaisante, puisqu'ils débarrassent mécaniquement l'organisme du corps toxique lui-même. *Sublata causa, tollitur effectus*, mais trop souvent ce sont à peine quelques matières liquides filantes, un simple fluide salivaire et du mucus gastrique qui sont évacués.

L'estomac est le siège d'une douleur plus ou moins vive, toujours accentuée, quelquefois atroce; il y a chez les uns, développement de gaz gastro-intestinaux, mais leur évacuation ne se fait pas facilement, ils paraissent se former sur place et y rester sans pouvoir être éliminés spontanément, ce qui soulagerait assurément le patient d'une manière notable.

Bientôt les douleurs gastralgiques qui se sont transformées en coliques, donnent des envies fréquentes d'aller à la garde-robe et la première selle de nature variable, on le comprend, suivant les sujets étant expulsée, on voit survenir des selles abondantes liquides, entremêlées de gaz et ayant une odeur infecte, ces selles bilieuses et séro-bilieuses se répètent souvent, arrivent en flot et presque sans prévenir comme dans les cas de cholérine véritable.

Pendant et après l'émission des selles, il y a un ténesme anal très pénible, ténesme qui s'étend à la vessie et qui fait que, le plus souvent, les malades sont tourmentés d'un besoin incessant d'uriner, qui ne peut être assouvi et qui produit à peine quelques gouttes d'urine à chaque tentative extrêmement douloureuse d'excrétion.

On le voit, les phénomènes que nous venons d'énumérer ressemblent étrangement à ce qu'on a appelé la cholérine dans nos pays, à cette atteinte, que l'on appelle le *Diank* au Sénégal, et qui est peut être aussi souvent produite dans ce pays comme dans toute la zone tropicale, par un refroidissement intempestif que par l'usage de substances toxicophores. La ressemblance, disons plus l'identité, est d'autant plus grande que, dans un cas comme dans l'autre, on voit survenir coïncidemment aux phénomènes gastro-intestinaux, cet état de concentration de dépression nerveuse qui se traduit par la dureté du pouls vibrant et serré comme s'il était bridé solidement par le refroidissement de la peau, avec alternatives d'état sec et terreux ou de sueur froide presque visqueuse, par une pâleur accentuée de tous les téguments, indice d'une atteinte de l'organisme qui ne manque pas d'être sérieuse.

La ressemblance est d'autant plus frappante entre la cholérine

proprement dite et cet empoisonnement dont nous parlons que lorsque la première période s'est épuisée, ou a été heureusement combattue par une intervention thérapeutique, efficace, on voit survenir une seconde période réactionnelle et dont, dans une affection comme dans l'autre, la caractéristique est la tendance à la congestion. C'est au point qu'on me permettra de ne pas en faire une description étendue, car m'adressant à des médecins, ayant déjà une connaissance bien positive des symptômes que l'on trouve indiqués dans les livres classiques aux chapitres choléra et cholérine, je puis indiquer l'état actuel d'un seul mot.

Cette raison fait que je n'appellerai pas d'une manière plus spéciale, l'attention sur la production de l'ictère qui survient dans certains cas, dans l'empoisonnement par les substances toxicophores, car le même fait se présente à la suite des atteintes de cholérine et de choléra, sans qu'on puisse établir la moindre distinction entre les deux cas.

Il y a cependant dans un assez grand nombre de cas, une différence entre la cholérine pure et simple et la siguatère, c'est une éruption qu'on observe beaucoup plus souvent dans cette dernière, éruption qui paraît suivant le cas de nature ortiée ou scarlatineuse et qui, souvent comme dans la scarlatine, entraîne la desquamation plus ou moins étendue de l'épiderme.

Nous avons dit en parlant de l'état léger que la seconde période quand elle se montre, s'épuise peu à peu sans laisser en général de traces, si ce n'est des douleurs persistantes et un état de faiblesse plus durable que ce qu'on serait porté à le croire de prime abord. Pour la seconde période, nous devons ajouter que dans les cas heureux et les plus bénins, on voit aussi ces phénomènes réactionnels s'amender peu à peu et disparaître sans laisser de vestiges, mais trop souvent, au contraire, les douleurs musculaires, articulaires sont persistantes d'une manière très fâcheuse, et dans bien des cas on a vu l'hémiplégie, la paraplégie, des paralysies plus ou moins étendues, plus ou moins complètes, rester comme reliquat de l'affection ; chez quelques-uns ce sont des contractures passagères ou permanentes. On a vu des individus rester ainsi estropiés et invalides pendant leur existence entière, soit par cette contracture, la paralysie, le tremblement choréïque, l'atrophie des masses musculaires, etc.

Troisième degré.

Ici encore, on me permettra de ne pas faire une bien longue description, car l'affection qui nous occupe ressemble si bien à certaines atteintes graves de choléra que vraiment on ne peut différencier les

deux que par le commémoratif étiologique. En effet, les premiers phénomènes de crampes, de douleurs, de nausées, vomissements, selles sont bientôt suivis par cette concentration, cette dépression des forces vitales qui met terriblement en péril la vie du sujet. Chez quelques sujets, on a constaté un serrement tétanique des mâchoires, un écoulement de salive écumeuse comme dans certains cas de trismus ou d'épilepsie; mais remarquons que dans les violentes attaques de choléra, survenant aux plus mauvais moments des épidémies, on a signalé des faits pareils, de sorte que nous ne saurions voir dans ces phénomènes, rien de caractéristique ou de spécial à l'empoisonnement précité.

La mort se produit trop souvent dans de pareilles conditions sous l'influence d'une atteinte aussi sévère que celle que nous venons d'indiquer; elle survient trois, six, quinze, vingt, quarante heures après suivant que l'organisme était plus ou moins résistant, elle arrive sans que la réaction ait pu se produire.

Dans des cas plus heureux, cette réaction se manifeste, mais tout danger n'est pas disparu encore, car comme dans le choléra qui, on le voit, ressemble d'une manière frappante à la siguatère, elle a pour caractère, la tendance à la congestion; se complique volontiers de l'état dit typhoïde, absolument comme on le voit dans les atteintes du fléau indien.

Je ne ferai pas l'anatomie pathologique de la siguatère, nous ne possédons pas suffisamment d'autopsies, on n'a pas fait encore assez d'expériences sur les animaux pour formuler une opinion, aussi me bornerai-je à renvoyer le lecteur aux nécropsies qui se trouvent dans le mémoire du Dr Lacroix, que j'ai reproduit au commencement de ce chapitre.

Je ne discuterai pas au sujet de la nature des accidents de la maladie qui nous occupe, la théorisation aurait encore trop de chance de ne rien apprendre de nouveau et d'obscurcir, au contraire, le champ du peu que nous savons au sujet de la siguatère, mais cependant, je ne puis manquer de faire remarquer au lecteur, les ressemblances frappantes qu'il y a entre elle et les atteintes de cholérine et de choléra qu'on observe spontanément dans les pays chauds et même plus rarement dans la zone tempérée.

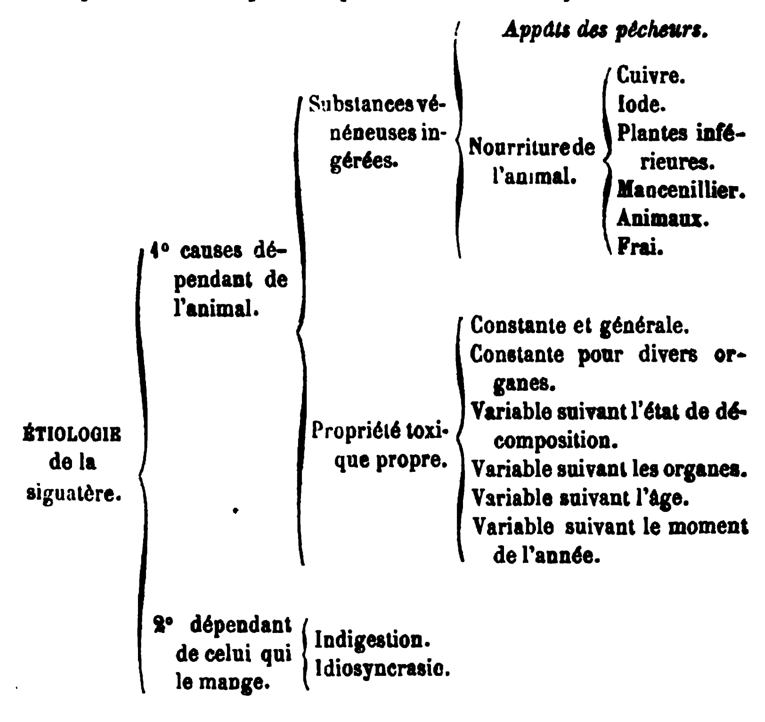
ÉTIOLOGIE.

Si nous avons pu tracer, sans grande difficulté, la description des principaux phénomènes morbides qui suivent l'ingestion des animaux toxicophores, nous devons reconnaître de prime abord que nous serons infiniment moins heureux dans l'étude des causes qui

rendent ces animaux malfaisants, et il faut reconnaître, sans plus tarder, que l'étiologie de la siguatère est encore, dans le moment actuel, entourée de l'obscurité la plus complète. On a pu sans doute écrire plusieurs pages sur son compte et entrer dans des considérations aussi longues que variées, sans cependant faire avancer la question d'une ligne. Avouons donc notre ignorance sans plus tarder, et appelons de nos vœux de nouvelles observations, qui permettront peut-être à un investigateur de découvrir la raison de cette toxicité de certains animaux.

En faisant cet aveu, nous ne pouvons cependant pas nous soustraire à l'obligation d'apporter notre tribut à l'étude de cette étiologie, et sans avoir l'espérance de faire avancer nos connaissances à ce sujet, nous allons nous borner à énumérer les diverses opinions formulées touchant la cause des accidents dont nous nous occupons ici.

Ces diverses opinions sont si nombreuses, que nous devons les catégoriser pour que la mémoire puisse les retenir sans trop d'efforts, et c'est pour cela que j'ai dressé le tableau suivant, qui n'a pas la prétention d'être complet ou inattaquable, ne visant absolument qu'à fournir un premier jalon à l'étude de la question.



Nous ne nous attarderons pas à discuter sur la valeur de cette classification et nous entrerons aussitôt dans l'analyse de ces dernières causes qui, comme on le voit, se rangent dans deux catégories : A. celles qui dépendent de l'animal ingéré. B. celles qui dépendent de l'individu qui le mange.

Substance vénéneuse ayant servi d'appât pour prendre l'animal. Dans certains pays on prend, on le sait, les poissons en les enivrant ou en les empoisonnant, et on comprend que les pêcheurs puissent leur communiquer ainsi des propriétés toxiques dans quelques circonstances; mais remarquons qu'à proprement parler il ne s'agit pas de la siguatère dans ce cas, car si c'est un composé cyanique, par exemple, qui soit employé, on verra survenir les accidents de l'empoisonnement par cette substance, si c'est un narcotique, ce sera le sommeil congestif qui sera observé, etc., etc., par conséquent, si nous avons dû relater cette cause pour mémoire, ce n'est que pour bien faire observer au lecteur qu'il ne s'agit pas d'elle, et que tout d'abord il faut déblayer le terrain de cette étiologie si obscure jusqu'ici.

Substance vénéneuse ayant servi de nourriture à l'animal. On a cru, et beaucoup de gens croient encore, que les accidents de la siguatère sont dus à l'ingestion, par l'animal, d'aliments spéciaux, qui sans avoir d'action fâcheuse sur la santé, communiquent à la chair des propriétés malfaisantes capables de provoquer des accidents plus ou moins graves ; et on a incriminé les trois règnes de la nature ; le règne minéral : cuivre, iode, arsenic ; le règne végétal : algues, plantes inférieures, fruits divers : mancenillier et autres ; enfin le règne animal, depuis les proto-organismes jusqu'à des crustacés, en passant par le frai de certains animaux. Dans quelques cas la chose a paru évidente à des observateurs, qui n'ont pas craint d'admettre une relation étroite de cause à effet. Mais nous devons reconnaître, ainsi que dans une infinité d'autres cas et pour beaucoup de bons esprits, cette relation est loin d'être démontrée, car, comme le dit avec grande raison Dieu (*loc. cit.*, p. 260), pour admettre que les animaux deviennent toxiques parce qu'ils se sont nourris de substances vénéneuses, il faudrait démontrer d'abord que ces substances sont toxiques par elles-mêmes, que ces substances existent partout où ces animaux toxiques se rencontrent, or, on est loin d'être arrivé encore à ce résultat.

Pour vérifier l'opinion des P. Breton, du Tertre et Labat, qui croyaient fermement à l'ingestion des fruits de mancenillier par les poissons toxicophores, Moreau de Jonnès a ouvert (Dieu, 262) un grand nombre de ces poissons vénéneux et n'a jamais rencontré

dans leurs intestins ces graines incriminées, pas plus, disons-le à l'avance, que ces astéries, holoturies, méduses, etc., etc., qu'on croit être malfaisantes, de sorte qu'il n'est pas prouvé, il est même infiniment probable que les poissons toxicophores ne mangent pas de fruits du mancenillier.

On dit aussi à la Martinique que les crabes qui ont mangé des fruits de mancenillier sont toxiques, mais quand on les a fait jeûner pendant quelques jours ou qu'on les a nourris avec d'autres substances, ils perdent toute propriété malfaisante; je ferai remarquer que : 1° il n'est pas encore prouvé que ces crabes mangent de ces fruits; 2° que même dans ce cas ce n'est pas à la véritable siguatère qu'on aurait affaire, mais bien à quelque chose de comparable à l'empoisonnement, car, puisque les crabes ne produisent des accidents que pendant quelques jours, c'est plutôt aux matières contenues dans leur tube digestif qu'à la toxicité de leur chair, proprement dite, qu'on devrait attribuer les phénomènes morbides.

L'Herminier, de la Guadeloupe, a prétendu que les accidents produits par les poissons toxicophores sont dus à l'iode qu'ils ont absorbé lorsqu'ils ont mangé des polypes, des zoophytes, des mollusques, des éponges, des plantes marines, etc., etc., contenant ce métalloïde ; mais cette opinion n'est pas soutenable, pour deux raisons : La première, c'est que les phénomènes morbides de la siguatère ne ressemblent en rien aux phénomènes de l'empoisonnement iodique aigu ou chronique ; la seconde, c'est que Moreau de Jonnès a fait des expériences concluantes qui ont démontré que ces substances ne donnaient aucune propriété nuisible aux poissons, c'est ainsi, par exemple, qu'il a conservé longtemps des tassarts, des vieilles et d'autres poissons vénéneux, dit Dieu (p. 262), dans des bassins d'eau de mer où il avait également placé différents zoophytes, que l'on croit susceptibles de rendre toxique la chair des poissons qui s'en nourrissent, et il n'a jamais vu ceux-ci en faire leur proie. Il a fait avaler, dans une pâte farineuse, des lambeaux de polypes choisis parmi ceux qui sont réputés dangereux, et les poissons soumis à cette expérience n'ont éprouvé aucun accident, de même qu'ils n'en ont provoqué aucun chez les hommes ou les animaux qui en ont mangé. De sorte que, même en écartant l'hypothèse de l'iode, on ne pourrait soutenir l'idée d'une toxicité de ces divers animaux inférieurs, due à une autre cause.

M. Rochoux a combattu déjà vivement l'idée de l'action du cuivre dans les accidents produits par les poissons toxicophores (*Bull. Acad. méd.*, 1831, 5 avril), et nous plaçant nous-même à un autre point de vue, nous dirons que tout d'abord, il y a là, quand on y ré-

fléchit, une certaine improbabilité qui choque et, en effet, d'une part, nous savons que dans les mines de cuivre, les gisements métalliques sont loin d'être abondants, de sorte qu'on se fait difficilement à l'idée de leur action fâcheuse, d'autre part, les poissons incriminés, ne restent pas cantonnés dans les mêmes parages, et il serait bien étrange qu'avec les habitudes de grande locomotion, de la plupart de ces poissons, ils prissent leur nourriture assez constamment dans le même endroit, pour que leur chair contractât une vénénosité marquée. Enfin, tout le monde sait que sur la côte S.-O. de l'Angleterre, il y a précisément à toucher la mer et même sous la mer des gisements de cuivre d'une grande richesse, or, on ne comprend pas que les huîtres, les moules et autres mollusques pris dans ces quartiers, ne soient pas toxiques, que les poissons des environs ne produisent pas les mêmes accidents. Dans les environs de Toulon, il y a aussi des gisements cuivriques, on pêche beaucoup de poissons en ces endroits et cependant on n'y constate jamais d'accidents. Mais même en admettant que des animaux marins prennent une nourriture contenant du cuivre, serait-on autorisé à penser que leur action toxicophore en dépend? je n'oserais l'affirmer, car bien des médecins n'ont pas craint de soutenir même à la tribune de l'Académie de médecine, que le cuivre ne peut provoquer des accidents. Moreau de Jonnès (rech. sur les poissons toxicophores des îles occidentales, 1821, p. 18) disait déjà que les soldats et marins français prisonniers sur les pontons d'Angleterre, mangeaient beaucoup de moules prises sur le doublage en cuivre des navires sans jamais avoir présenté aucun accident.

MM. Chevallier et Duchesne (*Ann. d'hyg.*, p. 113), ont hardiment dit que ce cuivre ne pouvait être incriminé. Dans leur remarquable mémoire, ils fournissent d'abord la lettre suivante du Dr Eydoux, médecin de la marine, qui réfute l'idée de l'action toxique des moules et des huîtres prises sur les carènes doublées de cuivre.

« Il existe un préjugé qui attribue des qualités toxiques aux moules et aux huîtres prises sur la carène des navires doublés en cuivre. C'est surtout à l'appréciation de ce préjugé que je me suis attaché. Il est résulté de mes investigations, que cette croyance populaire était une erreur de plus à ajouter aux nombreuses erreurs qui se perpétuent malgré les faits et le raisonnement.

« Avez-vous connaissance de quelque empoisonnement par les moules prises sur le cuivre des navires, telle est la question que j'ai adressée à plusieurs confrères, principalement à ceux dont la clientèle est la plus étendue. La réponse a toujours été négative. L'un d'eux, le plus ancien de tous, le mieux placé pour constater ce fait, premier médecin en chef de la

marine en retraite, m'a affirmé qu'en tous temps, à toutes les époques de l'année, il a mangé de ces moules et que jamais il n'en a été indisposé.

« J'ai ensuite interrogé des officiers, des maîtres, des matelots, des ouvriers employés tous au service de l'arsenal et surtout ceux attachés aux bassins où se mettent à sec les navires dont on veut nettoyer la carène ! Tous ont été unanimes dans leur réponse négative. Tous m'ont dit qu'il ne passait pas un bâtiment au bassin qui n'eût une plus ou moins grande quantité de moules à son cuivre, que pas un de ces mollusques n'était jeté à la mer, que tous étaient mangés par les ouvriers et que jamais il n'a été question d'empoisonnement.

« A ce sujet, voici un fait fourni par le premier maître du port, en 1848, la frégate l'*Artemise* servant depuis longtemps de bagne, fut mise au bassin pour être nettoyée, la quantité de moules attachée à son cuivre était si considérable, qu'on les enlevait par bailles. Non seulement les récolteurs en mangèrent, mais encore ils en régalèrent leurs amis, leurs connaissances et de plus, il en fut vendu une bonne partie sur le marché public, on ne parla ni d'empoisonnement ni d'indisposition. »

Voici un autre fait fort intéressant en faveur des moules prises sur le cuivre dont je dois la communication à mon collègue M. Faye.

« En 1832, me dit ce confrère, je fus embarqué comme chirurgien à bord du *Stationnaire* en rade de l'île d'Aix. Un jour m'étant aperçu que les matelots mangeaient des moules arrachées au cuivre du navire, j'en fus effrayé, je fis part de mes craintes au commandant et l'engageai à faire cesser cette pêche. Le commandant me répondit : Docteur, je suis tout disposé à tenir compte de votre observation, mais auparavant, je vous dirai que depuis que je commande, cet usage existe, qu'il existait bien avant moi, et que jamais il n'y a eu d'accident. Avant donc d'interdire cette pêche, suivons-en l'emploi avec plus d'attention et ne prenons une décision qu'après une constatation évidente d'effets nuisibles. Je me rendis, ajoute ce confrère, à l'avis du commandant, je vis tous les matins les matelots faire leur déjeuner avec les moules du navire et je n'ai jamais eu d'accidents à combattre, ni alors ni à des époques postérieurs où je fus appelé à ce même service. »

MM. Chevallier et Duchesne ont fait une série d'expériences pour rechercher si les moules et les huîtres provenant des doublages en cuivre pouvaient être toxiques, et voici le résultat de leurs recherches que nous trouverons (*loc. cit.*, p. 417).

Première expérience. — Des huîtres furent achetées à Paris ; elles furent ouvertes, la chair fut détachée de la coquille ; on en pesa 100 gr. Cette chair fut desséchée dans une capsule de porcelaine, puis elle fut placée dans un creuset neuf de grès et chauffée convenablement afin d'obtenir une incinération complète, les cendres obtenues furent traitées par l'acide

nitrique à l'aide de la chaleur, La solution nitrique fut évaporée presque à siccité pour chasser l'excès d'acide ; elle ne pesait plus alors que 49 grammes.

La matière desséchée fut introduite dans un creuset de porcelaine ; elle fut carbonisée, puis incinérée. Les cendres obtenues pesaient 2 gr. 50. Ces cendres avaient un goût salé très intense. Traitées par l'acide nitrique, elles ont fourni une liqueur qui, évaporée convenablement pour chasser l'acide nitrique, puis reprise par l'eau distillée, a fourni une solution dans laquelle nous avons constaté la présence d'une minime quantité de cuivre : 1° par le ferro-cyanure de potassium ; 2° par l'acide sulphydrique ; 3° par une lame de fer.

Il existait donc du cuivre dans les moules examinées, mais en trop petite quantité pour occasionner des accidents notables.

Voulant savoir si les coquilles des moules examinées contenaient de ce métal, nous en prîmes 45 gr., nous les traitâmes par l'eau distillée à l'aide de la chaleur. Le liquide provenant de ce traitement, fut soumis à un courant d'acide hydrosulfurique qui n'y détermina aucun précipité ni coloration, même après un laps de temps assez considérable.

Donc la chair de ces huîtres ne contenait pas de cuivre.

Deuxième expérience. — Une expérience semblable a été faite sur des huîtres qui avaient été envoyées de Granville; les résultats furent les mêmes, c'est-à-dire que les cendres ne contenaient point de combinaison de cuivre.

Troisième expérience. — Des moules prises sur un des marchés de Paris furent séparées de leur coquille ; elles furent carbonisées, puis incinérées. L'examen des cendres démontra qu'elles ne contenaient point de cuivre.

Quatrième expérience. — *Huîtres provenant de Toulon.* Les huîtres qui nous avaient été expédiées, étaient au nombre de treize, neuf très grosses et quatre petites. La forme des coquilles renfermant ces mollusques est irrégulière, quelques-unes se sont moulées sur le bordage du navire, elles ont une forme plate au lieu de l'avoir arrondie et la partie plate présente des débris très apparents de cuivre, provenant du doublage métallique, doublage qui est en partie à l'état de métal, en partie à l'état d'oxyde.

Quelques-unes de ces coquilles ont une couleur particulière, tirant sur le violet ; l'examen de cette matière colorante nous a démontré qu'elle n'était pas due à une substance minérale, mais que c'était un composé organique.

D'autres de ces coquilles ont, dans quelques parties, une couleur verte qui a été reconnue pour être due à du cuivre.

D'autres supportent des madrépores qui sont aussi tachés en vert par du cuivre.

Les huîtres furent ouvertes ; on en retira la chair, les quatre petites ne fournirent que 2 gr. 50 de chair. Les neuf grosses qui étaient semblables à l'ostrea hyppopus (huître pied de cheval) donnèrent 137 gr. 50 de chair. La chair de ces huîtres ainsi détachée, fut carbonisée et incinérée. Les cendres obtenues pesaient 2 gr. 80; traitées par l'acide nitrique, elles

ont fourni une solution dont la couleur démontrait qu'elle contenait de l'azotate de cuivre. Ces cendres furent traitées à diverses reprises par l'acide. Les solutions acides furent réunies, elles furent concentrées, puis elles furent traitées par l'ammoniaque qui a fourni un liquide ayant une belle couleur bleue. Cette solution concentrée, amenée à l'état sec, puis introduite dans un creuset de porcelaine, fut calcinée à l'air libre, l'oxyde de cuivre contenu par suite de cette opération, pesait 6 centigr. 9 milligr.
Donc 137 gr. de chair des huîtres examinées, contenait 69 mill. d'oxide de cuivre.

Cinquième expérience. — (*Analyse des moules de Toulon.*) Les moules ficelées pour ne pas pouvoir s'ouvrir pendant le transport qui furent expédiées de Toulon, étaient au nombre de 26, elles étaient munies de filets (chevelu) qui avaient servi de point d'attache. Ce chevelu dans quelques-unes de ses parties, était adhérent à des petites parcelles de cuivre, mais il y avait de ces filets qui étaient parfaitement exempts de ce métal. Le chevelu, dans d'autres cas, était fixé à des matières pierreuses, sur lesquelles on remarquait des traces de cuivre, en partie métallique, en partie oxydé.

Ces moules ayant été ouvertes, on reconnut que les bords de ces mollusques étaient colorés et qu'ils avaient une couleur rougeâtre. La substance alimentaire détachée avec précaution de ces 26 moules, était exempte de matières étrangères ; elle pesait 75 gr., mais desséchée dans une capsule de porcelaine, elle perdit 26 gr.; lorsque par la calcination ces coquilles eurent pris une couleur blanche, on les traita par l'acide nitrique et on chercha dans la solution la présence du cuivre qui y fut constatée par les réactifs.

Des filets qui avaient servi aux moules à s'attacher au bâtiment, et qui, examinés à la loupe, ne présentaient aucune apparence de cuivre, furent carbonisés et incinérés ; on constata dans les cendres fournies par ces appendices, quoiqu'ils ne fussent qu'en minime quantité, la présence plus marquée de cuivre.

Ajoutons que Bouchardat a démontré, en 1837, la présence du cuivre dans des moules recueillies sur le doublage des navires (*Ann. d'hyg.*, t. XVII, p. 358).

Donc on est autorisé à penser que, bien que le cuivre puisse se rencontrer dans les moules, huîtres, etc., etc., pêchées dans certaines conditions, on ne peut pas actuellement encore soutenir que cette présence puisse occasionner des accidents.

Par conséquent nous concluons en disant qu'aucune des hypothèses dont nous venons de parler, c'est-à-dire vénénosité due au fruit du mancenillier, aux méduses, holothuries, sels de cuivre absorbés par les animaux toxicophores, ne peut être admise comme répondant à tous les cas et expliquant les divers accidents produits.

Nous arrivons à étudier l'hypothèse que les accidents toxicophores seraient dus à une action toxique propre des animaux, et nous

avons plusieurs conditions à examiner dans cet ordre d'idées :

Cette propriété toxique est-elle constante et générale pour les animaux dits toxicophores? Assurément, il y a des distinctions a établir, car certains d'entre eux ont pu être mangés sans accidents, alors que d'autres fois ils ont produit des phénomènes toxiques plus ou moins graves et même pour ceux qui sont réputés toxiques toujours, nous n'avons pas la preuve absolue, quoi que nous puissions penser, que cette propriété peut bien être réelle. J'ai vu manger à la Martinique, des poissons armés sans qu'il en soit résulté le moindre accident, alors qu'on voit quelquefois leur ingestion provoquer les phénomènes les plus graves, de sorte que je suis porté assez volontiers à penser que la propriété toxicophore serait éventuelle et passagère chez les animaux.

Nous avons vu, en parlant de l'accident du *Catinat*, que M. Valenciennes a parlé de deux espèces de poissons, voyageant ensemble, et qu'il s'est demandé si l'un d'eux ne serait pas inoffensif, ce qui expliquerait alors que quelques matelots qui avaient cependant mangé le produit de la pêche comme les autres n'aient rien ressenti, tandis que quelques-uns étaient très durement touchés; mais c'est une pure hypothèse, car on peut aussi bien admettre les mêmes résultats, en pensant que les poissons incriminés ne sont toxiques qu'à certains moments donnés et sont même absolument inoffensifs à d'autres, passant avec le temps par tous les degrés de cette toxicité.

La propriété toxique est-elle variable suivant l'âge? On s'est posé cette question qui semble résolue pour l'affirmative, qui l'est même pour certains poissons, ainsi, par exemple, les nègres des Antilles savent bien que les grosses carangues sont beaucoup plus dangereuses que les petites, et que les grosses qui ont leurs dents noires, qui ont les dents plus ou moins ébréchées et la bouche en mauvais état, ce qui peut être considéré comme un signe de vieillesse ou de caducité, doivent être rejetées, tandis, au contraire, que les petites ou celles qui ont les dents blanches et en bon état de conservation, peuvent être mangées sans crainte. Mais pour cette question comme pour les précédentes, ne manquons pas de signaler l'insuffisance de nos connaissances.

La propriété toxique est-elle variable suivant les divers moments de l'année? Ceci est encore une question sur laquelle on n'est pas fixé d'une manière absolue. On sait que, pour les huîtres, les moules et plusieurs autres mollusques, la consommation est interrompue pendant quelques mois de l'année, depuis mai jusqu'à août, pendant les mois qui n'ont pas d'R, dit-on dans le vulgaire. Mais on sait aussi

que nombre de fois cette règle a été transgressée sans qu'il en résultât aucun accident, de sorte que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point comme sur tous les autres de l'histoire de la siguatère. *A priori*, on est disposé à penser qu'il doit y avoir des différences d'intensité dans la toxicité, en présence de mille exemples qui démontrent que tel poisson réputé dangereux a été mangé sans accident par tel ou tel équipage et *vice versa*. Mais ces différences sont-elles en rapport avec le moment de l'année ou telle autre condition ? on ne le sait pas encore.

Quelle est la saison où les accidents se développent de préférence Je crois que dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait répondre d'une manière satisfaisante à cette question, car suivant qu'on est dans tel ou tel hémisphère, la saison varie relativement au mois et nous ne sommes pas encore avancés dans la connaissance de la question pour aborder ce point de son étude d'une manière fructueuse.

La propriété toxique est-elle variable suivant l'état de décomposition plus ou moins avancé de l'animal ? Cette opinion semble devoir être admise pour plusieurs poissons, car nombre de fois on a vu un animal dont une portion avait été mangée sans inconvénient à l'état parfaitement frais, occasionner des accidents quand il était mangé dans un repas ultérieur. Dans un certain nombre de cas, on voit que le temps était lourd, l'atmosphère orageuse au moment où les poissons ont produit des accidents, de sorte qu'il semble bien démontré que cette condition extérieure est importante dans la genèse de la siguatère dans quelques cas. Mais en revanche, dans nombre de circonstances, on ne saurait l'invoquer, l'état de fraîcheur de l'animal ne pouvant être contesté, de sorte qu'il est rationnel d'admettre que la décomposition plus ou moins avancée, n'est pas la seule condition de la genèse des accidents. Bien plus il y aurait peut-être une distinction à faire entre les atteintes, à savoir une première forme de siguatère qu'on pourrait peut-être appeler la vraie, qu'on me passe le mot, pour les cas où, comme dans le fait du *Catinat*, les accidents surviennent d'une manière générale sur la plupart de ceux qui ont mangé du poisson qui était parfaitement frais. Une autre forme de siguatère qu'on appellerait par opposition la fausse, et qui se produirait lorsque l'on a mangé du poisson avancé. Il faudrait, dans ce cas, admettre deux autres variétés, mais laissons ces raisonnements de côté pour le moment, nous aurons à y revenir ultérieurement.

Chez les animaux toxicophores, certains organes sont-ils toujours malfaisants? Ici encore nous manquons de renseignements suffi-

sants, car s'il paraît prouvé pour certains poissons, par exemple, que le foie est plus dangereux à manger que le reste du corps, il n'en est pas moins vrai que nous ne savons pas encore s'il est toujours toxique chez eux.

La propriété toxique est-elle de préférence l'apanage de certains organes? Il semble que oui, car certaines parties du corps des animaux toxicophores ont été incriminées de préférence aux autres, et notamment le tube digestif, le foie, le frai ont été considérés comme les agents ordinaires de la siguatère, alors que la chair musculaire, au contraire, a paru présenter une toxicité beaucoup moindre, et même souvent n'avoir aucune action malfaisante. Il faut ajouter cependant que, démontrée pour quelques-uns, cette propriété ne l'est pas pour tous, et que de nouvelles expériences seraient nécessaires pour donner à la proposition, une assurance qui lui manque encore pour beaucoup de cas.

Les accidents de siguatère peuvent-ils être attribués à une indigestion? Il est à peine nécessaire de dire un mot de cette question, car, si dans quelques cas bénins, ces accidents ont été assez légers pour faire croire à ce mécanisme très simple et peu dangereux pour la vie des intéressés, dans nombre d'autres, la scène pathologique a été assez sombre pour qu'il ne vienne à personne la pensée qu'il ne s'agit que de cela.

Les accidents de siguatère sont-ils dus à une idio-syncrasie spéciale des individus? Je ne m'arrêterai pas à faire remarquer par le lecteur, que ce mot idio-syncrasie, qui a l'air de dire beaucoup, est tout simplement l'aveu déguisé de notre ignorance, dans une infinité de cas. Sans discuter sur sa valeur, je ne tiendrai compte que de l'idée qu'il représente dans notre esprit et je dirai que sans doute, pour quelques cas, il faut l'admettre, car, en effet, dans une réunion de dix convives, par exemple, on en voit un présenter les accidents, alors que les neuf autres n'ont rien ressenti, et on ne peut invoquer ni la quantité d'aliments ingérée, ni la décomposition de ces aliments. Dans d'autres cas, on voit un individu qui ne peut manger une moule, un crabe, tel ou tel poisson sans éprouver des accidents.

Si ces cas exceptionnels peuvent être gardés en mémoire, on ne pourrait soutenir en revanche que dans ces événements terribles, comme celui du *Catinat*, de ce baleinier dont il est parlé dans le mémoire que j'ai rapporté plus haut, il s'agit d'une simple idio-syncrasie; non, assurément. Par conséquent, tout en admettant volontiers avec Chevallier et Duchesne (*Ann. d'hyg.*), avec Mérat et Delens, avec Dieu (*Mat. méd.*, t. Ier, p. 260), que pour quelques cas, cette

i dio-syncrasie peut être invoquée, nous ajouterons aussitôt que, dans nombre d'autres, elle est absolument impuissante à rendre compte des accidents et ne saurait être de mise.

Quant à l'opinion de Burrows et de Moreau de Jonnès qui dit que la toxicité des poissons est due à un état pathologique, à une maladie de l'animal qui engendre un poison *sui generis*, répandu dans toute la substance de l'animal, c'est encore une hypothèse qui ne dit pas grand'chose, car on se demande comment on pourrait la contrôler pour l'infirmer ou la soutenir, c'est donc une vue théorique de l'esprit restant dans une généralisation si vague, qu'elle peut être laissée de côté comme stérile.

Après avoir fait cette longue énumération des causes de la siguatère, si nous essayons de synthétiser les enseignements qui en sont ressortis, nous sommes obligé de reconnaître que l'obscurité la plus grande règne encore sur le sujet, et que tout est à faire pour sa solution qui nous échappe jusqu'ici. C'est en vain que des hommes comme H. Cloquet, Dieu, Mérat, Delens, Chevallier et Duchesne ont essayé de sonder le mystère, le problème est resté inattaqué jusqu'ici d'une manière efficace ; ils sont restés dans les lieux communs de la discussion, sans pouvoir la faire avancer d'une ligne, car les conclusions suivantes de H. Cloquet, par exemple, (*Science médicale*, t. Ier), ne nous apprennent pas grand'chose, on en conviendra.

« Le poison des poissons n'est point borné à un seul de leurs organes en particulier, mais il est répandu dans toute leur substance.

« Il ne provient point de leur nourriture.

« Il n'y a point de poisson qui jouisse de cette funeste propriété, à moins qu'il n'ait éprouvé quelque altération morbide.

« Ce poison offre des caractères spéciaux, et son activité s'accroît avec la cessation de la vie, et en proportion du temps qui s'écoule. »

Donc tout, ou à peu près, est encore à faire pour l'élucidation de ce point de pathogénie, et ce que l'on peut dire pour le moment actuel, c'est à peine que les conditions qui paraissent influer sur les propriétés toxiques de certains animaux et sur l'intensité de ces propriétés, sont nombreuses et complexes, et que pour les déterminer, il faut étudier :

1° Les parties du corps de l'animal ;

2° L'âge, le sexe, le temps écoulé depuis la mort ;

Qui paraissent plus ou moins propices à la manifestation des propriétés toxiques.

D'autre part, il y a l'influence :

3° De l'habitation ;
4° De la latitude et de la longitude ;
5° De la saison.

La question de la siguatère est encore tellement pleine d'obscurité, qu'on peut se demander s'il n'a pas été fait jusqu'ici d'étranges confusions, et si toutes les observations produites et enregistrées peuvent également être admises dans l'étude de la maladie. En effet, il est bien possible que sous le nom d'accidents dus aux animaux toxicophores sous le nom de siguatère, dirons-nous, pour employer un mot au lieu d'une périphrase, on ait confondu une série de conditions absolument étrangères et dont les principales seraient :

A. L'ingestion d'un animal qui renferme dans son tube digestif une substance toxique qu'il a mangée lui-même (poissons pêchés à l'aide de matières enivrantes, stupéfiantes, ou vénéneuses, ou s'étant nourris par hasard de pareils aliments) ;

B. L'ingestion d'aliments possédant, par le fait, de leur décomposition plus ou moins avancée, telle propriété toxique plus ou moins puissante ;

C. Une idio-syncrasie particulière des sujets qui ne leur permet pas d'ingérer ces aliments sans éprouver des phénomènes de révolte stomacale plus ou moins forte ;

D. La véritable et toute simple indigestion provenant de ce que la quantité d'aliments a seulement dépassé la force digestive des organes ;

E. La siguatère proprement dite, c'est-à-dire, ces accidents dus, par exemple, à l'ingestion de certains poissons qui, malgré leur état de fraîcheur incontestée, semblent avoir une propriété vénéneuse propre et constante.

On le voit, quand de pareils doutes sont formulés on fait implicitement un aveu d'ignorance absolue, aussi ne craindrai-je pas de dire, en finissant le chapitre de l'étiologie, ce que j'ai dit en commencement : l'obscurité la plus grande règne encore là-dessus.

Traitement.

Dans une maladie qui peut entraîner la mort quelquefois, la question du traitement présente une grande importance, on le comprend, et si nous ne savons encore rien de précis sur l'origine des accidents de la siguatère, tâchons au moins de connaître les moyens de les combattre efficacement. Nous avons le regret de ne pas pouvoir admettre les espérances qu'ont eues bien des médecins au sujet d'un antidote assuré, nous sommes même obligé de dire que pas un

des prétendus spécifiques préconisés n'a une valeur réelle et absolue; mais néanmoins, on peut dire que cet empoisonnement par les animaux n'est pas plus terrible que les autres, et que, lorsque les secours arrivent à temps, le succès couronne généralement les efforts, à moins de circonstances particulières ou un concours fâcheux de conditions qui augmentent la léthalité du poison ou paralysent la puissance thérapeutique développée.

Commençons par dire que Lherminier a préconisé le sulfure de potasse, à la dose de quatre grammes dans un liquide émollient, contre les accidents de siguatère, mais nous avons vu ce qu'il faut penser de l'action de l'iode pour la genèse de ces accidents, et par conséquent nous ne parlons de ce prétendu neutralisant chimique que pour le rejeter d'une manière absolue.

Le Dr Clarke, de la Dominique, dit que le fruit du piment rouge (poivre de Cayenne) est un excellent antidote des poissons; mais nous ne pouvons partager cette opinion, pas plus que celle de Bennie et de Durondeau, qui ont conseillé l'ingestion du vinaigre contre les moules toxicophores. Même chose à dire pour l'infusion de sensitive, l'anis, les divers aromates, et je partage entièrement sur ce point l'opinion de Dieu (*loc. cit.*, p. 265), qui fait remarquer que les nègres emploient beaucoup le piment dans leur alimentation ordinaire, sans être à l'abri des accidents lorsqu'ils mangent des poissons toxiques; quant à l'infusion de sensitive, elle a été maintes fois manifestement impuissante, Robert Thomas, en particulier, en a fait l'expérience.

Sans doute l'anis et les aromates conseillés dans l'Inde, le madère et le tafia recommandés aux Antilles peuvent produire de bons effets dans quelques circonstances, mais on aurait le plus grand tort de les administrer sans mesure et à tous les moments, ou bien, dans tous les cas, car leur action utile dans certaines conditions particulières, est inutile, peut-être même nuisible, si on n'a pas employé la substance en temps opportun et d'une manière rationnelle.

Nous allons essayer de tracer les règles à suivre dans les cas d'accidents développés par les animaux toxicophores, en envisageant successivement les divers cas qui peuvent se présenter.

1° *On a affaire au degré léger et on est appelé au début de la première période :* Le médecin doit, dans ce cas, s'enquérir le plus rapidement possible des conditions dans lesquelles l'empoisonnement a eu lieu. Quelle est l'espèce de poisson? Combien le malade en a-t-il mangé? Depuis quand a eu lieu le repas? Depuis quand les premiers accidents se sont-ils montrés, et le diagnostic étant fait, il faut se demander si le corps du délit est encore dans l'estomac où

s'il est arrivé déjà dans les intestins. Dans le premier cas, le moyen qui vient à l'esprit tout d'abord, c'est de faciliter le vomissement ou de le produire, s'il ne se fait pas naturellement, et pour cela, l'eau tiède est le premier et immédiat agent employé, l'ipéca doit être mis en œuvre aussitôt que possible, si besoin est. Si même on devait attendre trop longtemps d'avoir de l'ipéca à sa disposition, il faudrait faire vomir à l'aide des moyens mécaniques, c'est-à-dire, gorger l'estomac d'eau tiède, puis titiller la luette et l'arrière-gorge, avec les barbes d'une plume.

Si, au contraire, l'aliment avait déjà dépassé l'estomac, c'est-à-dire, qu'il y eut plus de quatre heures qu'il ait été ingéré, plus de six heures même, et surtout s'il n'y avait pas de symptômes de surcharge stomacale, il serait inutile de s'obstiner à provoquer le vomissement. Dans ce cas, un purgatif est indiqué de préférence et doit être administré sans retard. C'est le sulfate de soude qui est peut-être le plus simple et le plus facile à avoir sous la main, on en donnera quarante à soixante grammes le plus vite possible et en même temps à l'aide de grands lavements purgatifs et émollients, eau simple, infusion de séné, huile, sulfate de soude, on cherchera à provoquer l'expulsion de selles abondantes.

On le voit, la première et la plus pressante indication, est de débarrasser le tube digestif du corps toxique et le plus rapidement possible, il suffit d'avoir donné cette indication pour qu'il ne soit pas nécessaire d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet.

Dans le degré léger, lorsque les premiers accidents sont dissipés, la santé ne tarde pas à reparaître, de sorte que c'est à peine les moyens que je viens d'énumérer qui sont de mise. Une infusion de thé légèrement alcoolisée, une potion légèrement hypnotique et antispasmodique, le repos, sont le complément des premiers soins, et on arrive toujours avec ces moyens, à voir dissiper le petit orage de la siguatère légère.

2° *On a affaire au degré moyen et on est appelé aussitôt après le développement des accidents:* L'indication de l'évacuation prompte et complète du corps toxique est pressante; il faut y arriver sans aucun retard, sous peine de voir la gravité des accidents s'accroître d'une manière très fâcheuse; donc, plus que dans le cas précédent, il faut agir vite et énergiquement par le vomitif, et aussi par les purgatifs sur les deux extrémités du tube digestif. Mais là ne se borne pas le rôle du médecin; dès que le corps du délit est évacué, il faut songer aux accidents nerveux et à la dépression considérable en présence de laquelle on se trouve, et les excitants intus et extra sont de mise, le thé alcoolisé, les potions antispasmodiques

et légèrement opiacées, l'éther, doivent être libéralement donnés à l'individu. Il faut, cependant, faire grande attention à l'égard des opiacés, et en effet, on sait que, si l'opium à faible dose est un excitant très favorable, il ne faut pas oublier que dans l'émotion de l'événement, on est disposé trop vite à dépasser la limite et à plonger le malade dans une tendance au sommeil et même à la congestion des centres nerveux qui ne peut que nuire à la situation.

Dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire, dans la siguatère du degré moyen, et alors que l'agent toxique a été éliminé, il y a souvent une persistance pénible des efforts de vomissements et même de vomituritions fatigantes. Les agents dont je viens de parler sont utiles, on le comprend, contre cet accident, et il suffit d'ajouter que les boissons gazeuses, comme l'eau de seltz pure et mieux encore, mélangée à un peu de sirop, que la glace en petits fragments peuvent rendre de bons services, le sinapisme sur le creux épigastrique, ne peut que faire très bien aussi, et il sera d'autant plus facile d'y recourir, que l'on aura déjà songé à lutter contre les phénomènes de concentration organique par ces révulsifs appliqués sur les membres inférieurs et autour des poignets.

3° *On est en présence du degré grave et on est appelé peu après la production des accidents* : Certes, s'il en est temps encore, l'évacuation du poison est plus indiquée encore ici qu'ailleurs, et la question de la rapidité de cette évacuation est souvent une question de vie ou de mort, de sorte que tout retard, tout atermoiement est fâcheux, il faut agir vite et énergiquement. Mais en même temps, les phénomènes nerveux de concentration de dépression sont menaçants et appellent l'attention du médecin de la manière la plus immédiate, de sorte qu'aussitôt après l'indication de l'évacuation se trouve celle de l'emploi des excitants et antispasmodiques intérieurs, des révulsifs extérieurs, et on ne peut malheureusement espérer que dans tous les cas on agira assez vite pour triompher des accidents ; trop souvent, hélas, on sera gagné de vitesse par la maladie, et on aura la tristesse de voir que les agents mis en œuvre restent impuissants.

Nous avons comparé la siguatère grave à une attaque de choléra, lorsque nous avons étudié sa symptomatologie, nous pouvons faire encore cette comparaison au sujet du traitement, car si dans la siguatère, l'indication d'évacuer la matière toxique du tube, prime toutes les autres, dès qu'elle est remplie, le sujet se trouve dans des conditions tellement identiques à celles de ceux qui sont touchés par le fléau indien, qu'il n'est vraiment pas possible d'établir une différence bien accentuée pour la médication à mettre en œuvre.

En y réfléchissant un peu, on voit la théorie de la médication de la siguatère apparaître bien clairement dans les cas qui nous occupent : A. évacuer l'agent toxique et le plus tôt est le meilleur; B. lutter contre les accidents nerveux par les moyens appropriés intus et extra ; excitants, opiacés, antispasmodiques; révulsifs cutanés, et il n'est pas nécessaire, je crois, d'insister plus longuement pour fixer les idées du lecteur sur ma manière d'envisager la question.

Prophylaxie.

Les accidents de la siguatère sont assez désagréables dans les cas légers, assez dangereux pour la santé et la vie même des intéressés dans les degrés moyen et grave pour qu'on ait eu l'idée de rechercher par quels moyens on pourrait épargner aux individus, les chances de s'empoisonner ainsi en cherchant à se nourrir. Les premiers efforts se sont portés sur les moyens de différencier les animaux toxicophores de ceux qui ne le sont pas. Malheureusement, aucun caractère anatomique suffisamment tranché n'a été constaté. On a bien parlé des dents noires des carangues vénéneuses, mais c'est là un critérium trop aléatoire et trop limité pour pouvoir servir dans beaucoup de cas.

On a bien recommandé de ne pas manger les très gros poissons que l'on prend à la pêche, mais vraiment, on comprend que le vulgaire ne tienne pas compte de cette recommandation.

On a conseillé d'introduire le doigt dans l'anus des poissons que l'on suspecte et de passer ce doigt sur les lèvres aussitôt après : si on éprouve une sensation âcre et désagréable, comparable à celle que produirait le contact du piment rouge, par exemple, le poisson est mauvais, dit-on. Je manque d'expérience personnelle à ce sujet et ne sais s'il faut se fier beaucoup à ce moyen, mais néanmoins, il est assez facile à employer pour qu'on puisse le recommander. Bien plus, comme il faut un poisson assez gros pour pouvoir introduire un doigt dans son anus, disons qu'en se servant d'un petit corps mousse, comme la tête d'une épingle, un porte-plume, etc., etc., on pourrait faire l'investigation sur tous les poissons douteux, quel que soit leur volume.

On a dit que le foie des poissons toxicophores est amer et a une saveur brûlante comme celle du piment rouge, quand on le met au contact des lèvres. Sans pouvoir formuler une opinion personnelle, basée sur l'expérience à cet égard, je dirai que, comme le précédent, ce moyen est assez facile à employer pour qu'il soit recommandé.

On a conseillé de donner les intestins et le foie des poissons suspects à des volailles, des chats ou des chiens qui éprouvent peu après l'ingestion, des accidents plus ou moins graves, au cas où le poisson est toxicophore. Ce moyen est très rationnel, et toutes les fois qu'on pourra y recourir, je crois qu'on aura un critérium beaucoup plus certain que par une infinité d'autres essais.

On a conseillé de laver les moules, les poissons, tous les animaux capables de produire des accidents, en un mot, dans du vinaigre. Les cuisinières de la Martinique les frottent avec persistance dans le jus de citron. Le moyen est facile à employer et doit être recommandé sans que j'ose dire qu'il sera bien efficace.

Quant à la recommandation faite par quelques auteurs de mettre les moules et les poissons suspects dans de l'eau additionnée de deux poignées de sel marin pendant deux heures, nous n'oserons dire qu'elle est inutile. Mais on nous permettra, cependant, de faire remarquer qu'*a priori*, le moyen ne paraît pas devoir être d'une bien grande utilité.

On a dit qu'il suffisait de mettre un objet d'argent, une pièce de monnaie, par exemple, ou une cuiller dans le vase qui sert à la préparation des aliments pour qu'une coloration noirâtre de cet objet révélât la toxicité dans le cas où ils seraient capables de produire la siguatère. Mais mille faits ont démontré la fausseté de cette allégation à laquelle il ne faut pas se fier, car elle donnerait lieu à mille mécomptes.

En somme, nous devons reconnaître que nous manquons encore du moyen de distinguer à l'avance, les bons des mauvais poissons, moules, crustacés, etc., etc., sous le rapport de la siguatère et sauf celui qui consiste à faire manger au préalable les intestins et le foie à un animal, c'est-à-dire qui fait une expérience directe *in anima vili*. Ayons le courage de dire que nous sommes entièrement désarmé dans la question de la précision des accidents. Par conséquent, la plus grande prudence doit être recommandée, car il vaut mieux mille fois pécher par excès que par défaut de précautions, dans le cas que nous étudions.

CHOLÉRA.

L'ensemble de symptômes caractéristiques qu'on a désignés sous le nom de cholérine ou de choléra, s'observe assez fréquemment à la Martinique, comme dans toute la zone tropicale, nous pourrions même ajouter comme dans toutes les localités de la zone tempérée où la température s'élève et s'abaisse brusquement. Nous allons

donc nous arrêter un instant sur son étude, d'autant que, comme la colonie dont nous parlons, s'est trouvée sur le trajet de ces grandes épidémies migratives qui ont sillonné les deux hémisphères dans le courant de ce siècle ; nous devons nous occuper aussi de la variété qu'on a appelée le choléra indien ou épidémique, de sorte que nous sommes entraîné à faire une division dans notre exposition ; nous parlerons successivement : A. de la cholérine et choléra sporadique ; B. du choléra épidémique observé, quelques rares mais incontestables fois, à la Martinique.

Cholérine.

La cholérine, que nous pourrions bien appeler, à l'imitation de quelques auteurs, le choléra sporadique et que, comme eux, nous partagerons en deux degrés : un léger, un intense, s'observe assez fréquemment à la Martinique, comme d'ailleurs dans tous les pays chauds. J'ai trouvé de nombreuses traces de son existence dans les rapports de mes prédécesseurs, dans les travaux de M. Rufz de Lavison, de M. Saint-Vel, et moi-même j'ai eu l'occasion de la constater, d'une manière irrécusable, sur plusieurs soldats et marins dans les hôpitaux de la colonie.

Dans le chapitre consacré à la chronologie des maladies de la colonie, on a pu voir que nombre de fois on a signalé la cholérine, et si nous jetons un coup d'œil synthétique sur ces constatations, nous voyons qu'il y a eu souvent des bouffées qu'on pouvait appeler de véritables épidémies ; l'influence durait un, deux, trois mois, puis disparaissait manifestement. Cette question de la cholérine mériterait d'attirer l'attention d'un des médecins qui exercent à la Martinique, et je suis convaincu, pour ma part, qu'elle paraîtrait bientôt intéressante au dernier point pour celui qui l'étudierait, et, en effet, il arriverait peut-être à cette conclusion, qu'il y a une tendance, une véritable influence cholérique, oscillant comme l'influence amarile et parfaitement comparable à elle. Les foyers n'étant pas suffisamment intenses ou suffisamment féconds, on ne voit pas cette influence aller jusqu'à l'épidémie, telle que l'on est habitué à l'observer, tant pour le nombre que pour l'intensité, dans les pays de l'Inde et de la Cochinchine, par exemple, mais néanmoins il y a assurément quelque chose d'assez accentué pour frapper l'esprit.

Dans le but de trouver, s'il est possible, une sorte de loi des oscillations de cette influence cholérique à la Martinique, je me suis livré à quelques investigations, et, en faisant un tableau des atteintes année par année et mois par mois, je suis arrivé à constater que

pendant les périodes d'activité de la fièvre jaune comme pendant les périodes de repos, on voit la cholérine se montrer et disparaître sans qu'elle paraisse influencée par elle. On voit les accidents cholériformes survenir chez les individus atteints de typhus amaril comme chez ceux qui sont touchés par la dysentérie, et dans un cas comme dans l'autre, c'est une complication toujours fâcheuse, souvent mortelle.

Je n'ai donc jusqu'ici trouvé aucune indication satisfaisante pour l'esprit, et je fais des vœux ardents pour que les investigations d'un de mes successeurs soient plus fécondes ; me bornant, pour le moment, à une simple énumération des principales bouffées de la maladie, depuis 1835. Avant, nous voyons bien des atteintes de cholérine être signalées, mais elles n'avaient pas frappé l'attention des médecins d'une manière aussi grande, parce que les épidémies du fléau indien en Europe avaient été plus rares ou au moins avaient passé inaperçues.

Au commencement de l'année 1835 on observait à la Martinique, et plus spécialement à Saint-Pierre, des atteintes absolument semblables à celles qu'on voyait en France, et on put croire qu'on était sous le coup d'une véritable épidémie importée de Marseille, où le choléra indien sévissait avec une grande intensité; mais en faisant des recherches sur sa genèse, on constata qu'en décembre 1834 déjà on avait noté trois cas bien avérés sur des individus de la population civile n'ayant eu aucune relation avec les étrangers, de sorte qu'on put penser qu'il n'y eut qu'une coïncidence entre l'état sanitaire de l'Europe et celui de la colonie ; d'ailleurs, en juillet 1838, on ne parlait pas de cette affection en France, et cependant on vit, peu de mois avant l'explosion de la fièvre jaune et au moment où les maladies s'aggravaient à l'hôpital de Saint-Pierre, plusieurs sujets atteints de dysentérie présenter des accidents cholériformes, plus ou moins intenses, quoique n'entraînant dans aucun cas la mort, de sorte qu'on eut là une première preuve à l'appui de la coïncidence fortuite dont je viens de parler.

En février 1839, dans un moment où la température était fraîche et humide, quinze malades de l'hôpital de Saint-Pierre présentèrent des phénomènes cholériques très graves, cinq d'entre eux succombèrent : cyanose, refroidissement de la langue, altération des traits, yeux excavés, crampes aux mollets et aux bras, vomissements, évacuations alvines rhiziformes, tels étaient les symptômes signalés par Câtel, qui faisait remarquer que c'était à la même époque qu'en 1835 le choléra avait éclaté à l'hôpital de Saint-Pierre.

Câtel se posait aussi la question, à cette époque, de savoir si ces phénomènes cholériques n'auraient pas été dépendants de la fièvre jaune, une modification du typhus amaril? et il ne pouvait résoudre la question, disait-il.

En août et septembre 1840, on signale de nouveau des bouffées de cholérine dans les hôpitaux et dans la population civile, puis on n'en parle plus jusqu'en juin 1842, et, après un repos assez prolongé, on voit, de décembre 1842 à juillet 1843, une influence cholériforme régner dans la colonie. Cette influence dura avec des hauts et des bas en 1844 et 1845.

Le Dr Câtel écrivait dans son rapport du deuxième trimestre de l'année 1845 : Parmi les cinq cas de choléra que nous avons reçus, deux ont été mortels. Cette maladie a présenté tous les symptômes et la même gravité que la maladie asiatique; mais hâtons-nous de dire qu'il n'y a eu rien de plus cette année, sous ce rapport, que pendant les années précédentes ; car on observe tous les ans ici, du mois de janvier au mois de juillet, quelques cas de cette grave affection.

L'indication est précieuse, venant de la grande autorité de Câtel, et il nous la faut tenir en mémoire : *De janvier à juillet on voit tous les ans quelques cas de cette grave affection.* J'y reviendrai tantôt pour la compléter.

En 1850, on vit de nouveau une poussée cholériforme se manifester dans la colonie et durer depuis le mois d'août jusqu'au mois de février 1851. En décembre 1852, elle reparut et elle continua pendant plusieurs mois, c'est au point qu'en 1853 il sembla qu'on assistait au début d'un commencement d'épidémie de choléra indien, avec cyanose, extinction de voix, etc., etc., tant la maladie fut intense chez quelques individus.

En 1854 et 1855, on mit les atteintes sur le compte de l'importation, le choléra régnant en France, mais tandis que la maladie disparaissait en Europe, on la voyait se manifester, de temps en temps, dans la colonie et, en 1857, 1858, 1859, elle se montra à diverses reprises.

Nous pourrions suivre ces atteintes de cholérine presque de mois en mois, de 1860 à aujourd'hui, et on peut dire que, si dans les moments où elle est signalée en Europe, on la voit frapper l'attention davantage, il faut reconnaître aussi qu'on constate, en y faisant un peu attention, qu'elle est observée d'une manière presque constante. C'est au moins l'opinion que je me fais à ce sujet : on est habitué à la Martinique, à voir des accidents cholériformes se montrer et on

n'y fait pas grande attention en temps ordinaire, tandis que lorsqu'on sait que le choléra règne épidémiquement ailleurs, ces mêmes faits, qui resteraient inaperçus en d'autres moments, préoccupent les médecins et effraient le vulgaire.

On le voit, je suis absolument disposé à penser que la cholérine, disons plus, le choléra sporadique s'observe habituellement à la Martinique, il y des moments où on dirait qu'on est véritablement sous le coup d'une véritable bouffée épidémique, puis l'influence disparaît et *vice versa*. Je ne puis donner la loi de ces oscillations, mais je constate le phénomène.

En voyant la première atteinte de cette cholérine à l'hôpital de Fort-de-France, je constatai qu'elle était identique à ce que j'avais observé deux ans avant au Sénégal, et qu'on a décrit sous le nom de Diank, en langue Ouolove. Le Diank, de son côté, m'avait paru absolument semblable à la cholérine et au choléra sporadique que j'avais observés dans le midi de la France, en Italie, en Algérie.

Le Diank que j'ai observé au Sénégal en 1871, 72, 73, était absolument semblable à celui que j'avais constaté en 1852, 53, 54, sur la côte occidentale d'Afrique, de Saint-Louis au Gabon; à celui qu'a observé mon collègue et ami le Dr Vauvray, et dont avaient parlé nos prédécesseurs Hombron, Chassaniol, Petit, etc., etc.

D'autre part, je dirai que M. Louvel Dulongpré a observé l'identité de la cholérine à Rio-Janeiro, sur l'Atlantique, et à Pisco, sur le Pacifique.

M. Gailhard, chirurgien du *Flambart*, de 1854 à 1856 a constaté à Cayenne que cette cholérine était identique à celle que Segond avait décrite en 1836 dans le même pays. En 1860, il constatait l'identité des symptômes dans des accidents observés en Chine et en Cochinchine, et je pourrais citer vingt autres noms formulant la même opinion, tandis que pas un n'a soutenu l'idée contraire.

Or, si on admet que les observateurs ne se sont pas trompés, et les preuves qu'ils en donnent sont assez concluantes d'une part; portent sur des phénomènes assez patents d'autre part, pour qu'il ne répugne pas à l'esprit d'accepter les assertions précitées, nous pouvons conclure logiquement : 1° Que le Diank observé en 1865 par M. Vauvray et en 1871-73 par moi au Sénégal, n'a pas changé d'allures et de nature;

2° Que la cholérine observée par Segond en 1836 à la Guyane est la même maladie que celle que M. Gailhard a constatée dans le même pays, en 1864-1866;

3° Que le Diank du Sénégal et la cholérine des Antilles sont identiques (affirmation personnelle);

4° Que la cholérine de la Guyane est la même maladie que le Diank (affirmation de M. Louvel Dulongpré), d'où, conséquemment, qu'elle est la même maladie que la cholérine des Antilles;

5° Que cette cholérine de la Guyane est la même que celle de Rio, de Pisco, de la Chine, de la Cochinchine (affirmations de M. Louvel Dulongpré et de M. Gailhard).

N'est-on pas autorisé, si on a admis ces diverses propositions, à penser que la maladie est la même dans tous les pays de la zone torride? Pour ma part, je n'y vois aucune impossibilité, et je crois même fermement à cette identité.

Il ne coûte pas plus à l'esprit d'admettre ainsi l'identité des phénomènes entre ce qu'on voit dans la zone torride et ce qui s'observe en Europe et dans les autres contrées de la zone tempérée.

Mais, m'objectera-t-on, on ne voit pas cette cholérine être aussi fréquente en France, par exemple, que dans les pays chauds; si on lui reconnaît parfois une sorte d'influence épidémique, c'est dans de très rares circonstances et à plusieurs années d'intervalle, tandis qu'au Sénégal, aux Antilles, à Rio on voit cette influence épidémique être plus marquée et plus fréquente de beaucoup. Il me semble qu'il est assez facile de répondre à l'objection d'une manière satisfaisante en disant que, si la maladie est identique dans les diverses contrées, ses causes ont une grande différence d'activité, suivant les localités et, je crois être tellement dans le vrai, qu'il n'est pas impossible que cette différence d'activité pût à elle seule nous expliquer, non seulement pourquoi la cholérine est plus fréquente ici que là, mais aussi pourquoi le choléra indien peut, à certains moments, surgir dans un pays absolument comme la fièvre typhoïde dans d'autres, c'est-à-dire, par une éclosion d'origine infectieuse d'abord, puis, créant des foyers d'infection assez puissants pour que la transmission soit assez facile, assez fréquente, pour faire donner à la maladie le nom de contagieuse; mais il est inutile d'entrer dans cette discussion ici, j'ai dit tout ce que je pense à ce sujet dans le chapitre qui traite de l'historique des épidémies, dans mon étude *in extenso* sur la fièvre jaune à la Martinique.

Une question qui mérite de nous occuper un instant, si nous ne voulons pas discuter bien longuement les détails de la pathogénie de la maladie, c'est de savoir, au moins d'une manière sommaire, quelles sont les causes de la cholérine. On a incriminé tour à tour les influences météorologiques, le paludisme, les ingesta. Je crois pour ma part que la première action est de beaucoup la plus puissante dans la genèse de la maladie, et si les sujets impaludés, comme ceux qui ont mangé des aliments indigestes, se trouvent

plus fréquemment atteints que d'autres, c'est qu'ils sont plus prédisposés à être vivement impressionnés par l'influence extérieure. Cette hypothèse me paraît expliquer suffisamment ces particularités, car, remarquons-le bien, si on voulait admettre une influence paludéenne parce que l'on voit dans les pays marécageux des individus être pris d'accès cholériformes, il faudrait admettre aussi que la cholérine est d'essence amarile, puisqu'on voit dans certains cas la fièvre jaune se compliquer de phénomènes cholériques. Et si on arrivait à admettre cette essence serait-on sorti d'embarras? Non, car chez les dysentériques, chez les enfants en bas âge, chez les vieillards et dans mille autres cas observés dans tous les pays, on voit des phénomènes cholériformes surgir parfois au cours d'une maladie, quelle qu'elle soit, et par conséquent il faudrait, pour être logique, admettre une essence de dentition, de puerpéralité, etc., etc., à côté des précédentes. On le voit, la question est jugée.

Câtel disait, avons-nous vu, que de janvier à juillet on voit chaque année un certain nombre de cas de cholérine. J'ai naturellement voulu voir dans la statistique que j'ai dressée des maladies de Saint-Pierre et de Fort-de-France, si mes résultats concordaient avec les siens, et voici les chiffres que j'ai obtenus. Je les ramène comme de coutume au dénominateur de 1200, c'est-à-dire que si la maladie se montrait également à chaque mois de l'année, le chiffre mensuel serait de 100: janvier 65, février 146, mars 95, avril 79, mai 78, juin 150, juillet 146, août 100, septembre 98, octobre 65, novembre et décembre 79 chacun. En d'autres termes, le premier trimestre ou hiver a 306 pour coefficient, c'est-à-dire un peu plus que l'unité; le second ou printemps 327, ou un peu plus que le précédent; le troisième ou été 344, et enfin le quatrième ou automne 223, c'est-à-dire sensiblement moins. Je n'entrerai pas dans plus de détails à ce sujet, croyant qu'il suffit de dire que c'est alors que la température va en augmentant, que les temps ont plus de tendance à être orageux et que les transitions de température sont plus brusques, que l'on est plus exposé à contracter la cholérine; plus de détails n'apprendraient rien de bien utile de plus quant à présent.

En admettant l'identité de la cholérine des Antilles et de celle d'Europe, je puis me dispenser d'en tracer les symptômes; tous les ouvrages classiques peuvent être consultés avec plus de fruit que le mien sur ce sujet. Quant au traitement, je n'ai pas besoin non plus d'en parler; les infusions théiformes alcoolisées; les potions antispamodiques, les révulsifs extérieurs, sont les moyens du premier moment, le lecteur aura toujours le temps, après l'emploi de ces

premiers agents, de chercher dans le souvenir de sa pratique d'Europe, les indications thérapeutiques des divers cas qui peuvent se présenter.

Pour faire disparaître tous les doutes, on me permettra cependant de fournir ici deux observations, destinées à bien montrer que le choléra sporadique peut bien aller jusqu'à la mort inclusivement à la Martinique, sans présenter la moindre différence d'avec ce que l'on voit en Europe ou dans l'Inde.

Observation XXI.

Cholérine. — Mort. — Autopsie.

Rochatte, soldat d'infanterie, apporté à l'hôpital de Saint-Pierre le 4 avril 1859, à 3 heures du matin. Cet homme présente des vomissements incessants, des selles aqueuses, décolorées, rhiziformes, au nombre de 30 à 40 depuis hier soir, moment où il a été atteint subitement et sans prodromes bien appréciables ; facies hyppocratique ; voix éteinte ; refroidissement des extrémités ; urines arrêtées ; pouls à 130 ; crampes dans les jambes.

Vésicatoire morphiné à l'épigastre ; sous-nitrate de bismuth en bols, à prendre 2 gr. d'heure en heure ; diète de boissons. Les selles et les vomissements s'arrêtent bientôt, à 4 heures pouls à 160 ; mais la réaction ne se fait pas, malgré les sinapismes, les frictions ammoniacales sur le rachis, cyanose ; la respiration s'embarrasse. Mort à 9 heures du soir.

Autopsie 10 heures après la mort.

Habitude extérieure. Imbibition cadavérique de toute la partie postérieure du tronc.

La face est grippée.

Estomac. La grande courbure a une injection lie de vin très prononcée. L'intestin grêle est parsemé de plaques présentant des traces d'inflammation de couleur vineuse. Tous les organes thoraciques et abdominaux sont ratatinés. Les poumons occupent la moitié environ de sa cavité. La rate est plissée. La vessie est complètement vide et affaissée. Le gros intestin n'a rien à noter. La vésicule biliaire était pleine et distendue par une bile poisseuse.

Rien du côté du crâne.

Observation XXII.

Le nommé Lange (Pierre-Marie-Joseph), artilleur de marine, 1re compagnie, entré le 17 juin 1862 et mort le 18 juin du choléra sporadique.

Le ventre seul a été ouvert. Les viscères sont sains. L'intestin seulement présente, dans une partie de son étendue, des arborisations et des

stries. L'intestin a été ouvert en deux endroits, il était encore plein de la matière rhiziforme caractéristique du choléra et semblable à la matière des selles. L'intestin grêle présentait, dans ce point, une injection très vive, un peu brunâtre de la muqueuse, qui ne paraissait pas être autrement altérée. Son calibre était un peu rétréci. Le gros intestin, également rétréci, présentait une injection moins vive. L'estomac, distendu par des gaz, n'a point présenté d'altération marquée ; il contenait une centaine de grammes d'un liquide muqueux, un peu blanchâtre, sans grumeaux et exhalant une forte odeur d'éther. La vessie disparaissait sous l'épine du pubis.

Si je n'insiste pas sur la symptomatologie ni le traitement de la cholérine à la Martinique, je dois m'appesantir au moins sur la prophylaxie. Or, je puis dire d'un mot : évitez le refroidissement et vous ne serez pas atteint par la cholérine. Cette proposition est vraie ci comme partout, plus ici peut-être que partout ; et en effet, l'Européen qui arrive à la Martinique est charmé par la douce température comme par la beauté de la végétation et des sites ; le moindre souffle de brise, un courant d'air entre deux fenêtres dans un appartement, lui paraissent délicieux et il s'y expose d'autant plus volontiers qu'il voit les gens du pays le faire avec un soin de tous les instants. Or, n'oublions pas le grand mot de Thévenot, mot aussi profondément vrai aux Antilles qu'au Sénégal : Dans les pays tropicaux on s'enrhume du ventre comme on s'enrhume de la poitrine dans la zone tempérée. Éviter ces *rhumes*, voilà toute la prophylaxie, il n'est pas nécessaire d'en dire plus long sur le sujet.

Dans la partie de ce travail, destinée à l'exposition des règles hygiéniques à suivre, j'insisterai sur cette question de la grande nécessité de ne pas s'exposer à cette fraîcheur, aussi dangereuse qu'agréable, et, dès à présent, je puis dire d'un mot que ces courants d'air, passant sur le corps en sueur, ont tué plus de monde aux Antilles que la fièvre jaune. On est frappé de voir les enfants créoles pâles, minés par la diarrhée ou la dysentérie, dans une grande proportion, sujets à ces atteintes de cholérine qui les emportent si fréquemment, et on se demande quelle est la raison de cette condition fâcheuse. Ma réponse n'est pas difficile à faire, les enfants à la Martinique sont exposés trop universellement à la fraîcheur, et sont vêtus au rebours de ce que voudrait l'hygiène. Voilà la seule cause de leurs si fréquents accidents, et, par conséquent, on connaît maintenant le moyen de les garantir de ces mauvaises chances, si nombreuses et si pernicieuses pour leur santé et même leur existence.

Choléra indien ou épidémique.

En outre de ces atteintes de cholérine ou de choléra même, que nous avons vu se montrer, soit à l'état sporadique, soit sous forme de bouffées épidémiques, à divers moments; la Martinique s'est trouvée sur le trajet des grandes épidémies du choléra indien, qui ont sillonné le monde dans le courant de ce siècle; c'est ainsi qu'en 1835, par exemple, la maladie paraît avoir été positivement importée d'Europe, et qu'en 1837, pendant qu'on parlait du choléra en France, on eut grandement à craindre dans la colonie.

En 1835, le choléra parut à Saint-Pierre à la suite de l'arrivée d'un bâtiment de Marseille, qui avait eu des malades et qui avait quitté la France au moment où l'épidémie y était très sévère; il déchargea ses marchandises pendant une période de vents de S.-O. et de temps orageux, et bientôt on vit un certain nombre d'individus atteints. L'hôpital militaire reçut 42 cholériques (troisième trimestre 1839), il y eut parallèlement des cas nombreux en ville, et on pouvait se considérer comme en présence d'une épidémie au début, quand survinrent les brises de N.-E. et aussitôt un changement radical dans la constitution médicale. Il n'y a pas à se tromper sur la nature de la maladie qui régna alors, c'était bien le choléra, on en acquerra la conviction en lisant l'exposé des symptômes, que je copie dans le rapport de Câtel.

« L'invasion du choléra avait lieu généralement pendant la nuit par des nausées, douleurs stomacales, vomissements aqueux, puis blanchâtres, semblables à une décoction de riz; selles abondantes, soit bilieuses, soit blanchâtres.

« Température s'abaissant de plus en plus ; langue froide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe; soif vive; anxiété, spasmes, contractures dans les membres, crampes dans les mollets.

« Pouls faible, concentré, accéléré d'abord, puis cessant de se faire sentir ; prostration des forces, sueurs froides et visqueuses des extrémités; les ongles avaient une teinte bleuâtre, indice de la cyanose.

« Quoique glacés, les malades se plaignaient d'une chaleur intolérable et rejetaient au loin les couvertures ; yeux enfoncés dans les orbites ; cercle bistré, livide aux paupières ; cornée se ridant et, peu à peu, devenant légèrement opaque ; soif inextinguible ; voix cassée; sécrétion de l'urine et de la salive supprimées ; respiration gênée ; air expiré froid ; cyanose ; facies abattu; cadavérisation du corps ; sang noir et visqueux, sortant avec difficulté de la veine dans les saignées. »

On le voit, il n'y a aucun doute à avoir touchant la nature de l'affection, et on peut raisonnablement penser que, sans cet heureux changement de brise, la colonie aurait été fortement éprouvée par une épidémie.

Voici la relation de l'épidémie de 1854, que j'emprunte à M. Rufz de Lavison.

« En février 1854, on apprit qu'une maladie avait été importée à Saint-Thomas par le navire américain l'*Atlas*, chargé d'émigrants, c'était le choléra. Cette maladie s'étendit, dans le cours de l'année, à toutes les Petites-Antilles, en août elle faisait de grands ravages à l'île voisine de Sainte-Lucie. Heureusement à cette époque de l'année les communications des îles entre elles sont rares.

« Cependant, le 7 août, une goëlette chargée de bois de campêche, et venant de Sainte-Lucie, perdit un homme du choléra, pendant qu'elle transbordait sa cargaison sur le navire du Havre l'*Occidental*, mouillé dans la rade de Saint-Pierre. Les jours suivants deux hommes de ce navire furent pris de symptômes cholériques, et l'un d'eux succomba à l'hôpital de Saint-Pierre. J'étais alors maire de la ville; je m'assurai par une enquête de la vérité des faits et je pris les précautions nécessaires dans l'attente du mal. Heureusement il ne se déclara pas.

« La même année un confrère, le Dr Gaudon Hullin, m'envoya une note sur des cas de *choléra véritable*, qu'il venait d'observer sur une habitation du quartier du Diamant, qui fait face à Sainte-Lucie. Un canot chargé de contrebande avait déposé à terre, en même temps que sa cargaison, un homme mort du choléra. Les jours suivants, neuf cultivateurs furent pris de la maladie, six succombèrent et plusieurs autres eurent des cholérines. Heureusement la maladie, sequestrée par l'isolement naturel des lieux, ne s'étendit pas au delà. Il est incontestable que trois fois le choléra a été importé à la Martinique sans s'y développer.

« On sait que la grave épidémie de 1865, qui a eu lieu à la Guadeloupe, ne s'est pas non plus propagée à la Martinique. Est-ce par la sévère quarantaine établie en 1865 que la colonie a été préservée, ou bien faut-il admettre à la Martinique cette heureuse immunité du choléra dans les îles? c'est un des faits les plus démonstratifs de sa nature contagieuse.

« Je regrette que le cadre de ce travail ne me permette pas de produire ici tous les documents que j'ai recueillis sur ce sujet. Mais je crois, dans l'état actuel de l'observation médicale, que les quarantaines et l'isolement des malades sont de rigoureuse prudence. »

Je suis très heureux de pouvoir rapporter l'opinion si autorisée de mon éminent prédécesseur, M. Rufz de Lavison, au sujet de la quarantaine, et j'ajouterai que c'est assurément grâce à ces mesures sanitaires qu'elle emploie plus volontiers et plus rigoureusement

que les autres colonies, que la Martinique doit l'immunité dont elle a joui le plus souvent.

Par conséquent, je répéterai ici avec l'insistance que j'ai mise à faire prévaloir cette opinion pendant tout le temps de mon séjour à la Martinique : Il est nécessaire absolument que la colonie possède un service sanitaire fortement organisé, exercé par des fonctionnaires étrangers au pays, afin qu'ils aient la liberté d'action nécessaire pour résister sans peine aux sollicitations incessantes des intéressés que lèsent les quarantaines. Et il faut que l'île se garde avec soin des maladies contagieuses, de quelque pays qu'elles viennent. A cette condition elle verra les autres pays moins prévoyants être décimés de temps en temps, soit par la fièvre jaune, soit par la variole, soit par le choléra, alors que l'état sanitaire restera bon dans le pays. Certes la vie des gens est un enjeu assez beau pour mériter quelques sacrifices ; mais, je le répète, qu'on ne s'y trompe pas, le service sanitaire ne saurait être bien fait par les créoles, trop entourés dans leur propre localité de naissance, par mille sollicitations intéressées, pour conserver, dans l'application et l'observation des mesures d'isolation, la rigueur et la ponctualité absolument nécessaires à l'institution.

ICTÈRE.

L'ictère n'est pas une maladie rare à la Martinique ; on l'observe même fréquemment à l'état sporadique, et de plus il s'est montré maintes fois, plus souvent même dans cette colonie que dans beaucoup d'autres pays de la zone tropicale ou de la zone tempérée, à l'état d'épidémie. Ces épidémies d'ictère seraient, disons-le en passant, extrêmement intéressantes à étudier, car j'ai la conviction qu'elles sont en relation directe et étroite avec l'influence amarile, et par conséquent elles pourraient peut-être jeter un jour favorable sur cette question encore si obscure de la genèse et des fluctuations de la fièvre jaune.

Le lecteur sera frappé, j'en suis certain, de me voir revenir à chaque instant et avec une insistance remarquable sur ce mot : influence amarile, que j'ai assez clairement défini dès le commencement de ce livre, pour qu'on soit parfaitement fixé sur son compte, et il se demandera si je n'abuse pas de cette hypothèse, si je ne rattache pas trop souvent à cette influence mille atteintes différentes qui doivent lui rester absolument étrangères.

Eh bien ! non. Après de longues méditations sur le sujet, je suis arrivé au contraire à voir cette tendance de mon esprit augmenter,

et c'est au point que, me défendant de tout parti pris, de toute idée préconçue, je suis arrivé à ne voir dans ces atteintes de cholérine, de fièvres spéciales, gastrique, inflammatoire, éruptives; dans ces ictères, dans ces éruptions cutanées, bulleuses, qu'on observe souvent sans pouvoir leur donner un nom, dans certaines débâcles bilieuses même, qu'on serait disposé tout d'abord à ne considérer que comme des manifestations dysentériques, à ne voir dans tout cela, dis-je, que des formes particulières de ce Protée extraordinaire, qui domine la pathologie antillienne d'une manière si puissante, qu'on ne peut espérer de connaître toutes ses mutations, toutes ses allures, quelque soin qu'on y mette, quelle que soit la facilité avec laquelle on lui rattachera les maladies les plus disparates en apparence, lesplus différentes de la fièvre jaune au premier abord.

Si je fais bien comprendre ma pensée, on verra que je suis arrivé à admettre qu'il y a dans le champ de la fièvre jaune quelque chose d'analogue à ce qui existe dans le paludisme, et, en effet, de même qu'on a constaté que l'impaludation, dont la forme classique est l'accès intermittent, peut cependant se traduire parfois par les atteintes les plus extraordinaires, une douleur, un spasme, un flux, une fluxion, etc., etc.; de même aussi l'influence amarile, dont la forme classique et officielle, pour ainsi dire, est la fièvre jaune, peut se manifester suivant le temps, les époques et les individus, sous les apparences les plus variées. C'est au point que, quelle que soit la maladie aiguë que je rencontrerais à la Martinique, disons plus, dans toutes les Antilles et dans la Guyane, je me demanderais tout d'abord si je n'ai pas affaire à quelque chose se rattachant, de près ou de loin, à cette influence amarile et, en cas de la moindre hésitation, j'admettrais aussitôt l'hypothèse sans répugnance, bien certain que, pour une fois où je me tromperais, cent fois au moins je serais dans le vrai.

Ce que je dis, ou plutôt ce que je répète là, est bien de nature, je crois, à fixer les idées sur ma manière d'envisager les allures de la pathologie antillienne; je désire que le lecteur se pénètre bien de ma manière de voir, dont j'accepte volontiers toute la responsabilité, convaincu que cette appréciation est bien celle qui reflète le mieux la réalité.

Il y a eu à diverses époques à la Martinique des épidémies d'ictère, sur le compte desquelles nous avons des renseignements plus ou moins complets et qui paraîtront soumises à des lois assez bien déterminées, lorsque l'attention aura été suffisamment appelée sur

leur compte, pour qu'elles soient étudiées avec plus de soin qu'il n'a été possible de le faire jusqu'ici.

Notre chronologie des maladies observées dans l'île ne remonte qu'à 1821, et nous voyons qu'au mois de mars de cette année déjà on signala l'apparition d'une épidémie d'ictère, avec fièvre, qui dura, avec des oscillations du plus au moins, jusqu'à la fin de février ou mars 1822. Or, je ferai remarquer qu'on était alors en un temps d'épidémie de fièvre jaune, et tout d'abord il vient à la pensée que, si les deux épidémies étaient étrangères l'une à l'autre, cette coïncidence jurerait assez avec ce que l'on a appelé l'exclusivisme épidémique avec juste raison.

La fièvre jaune semble cesser en mars 1823, elle ne paraît pas en 1824, mais au moment où survient sa recrudescence printanière dans les années d'épidémies, c'est-à-dire en mars, avril, mai et juin, on voit une épidémie d'ictère se manifester.

Puis, à part une petite poussée observée en septembre 1829, moment où le temps était orageux, où les brises du S-O. prédominaient, nous n'entendons plus parler de la maladie jusqu'en août 1832, moment où le D[r] Garnot, chargé du service de Saint-Pierre, signale une épidémie qui atteignit un grand nombre d'hommes et fut chez quelques-uns compliquée de phénomènes plus ou moins graves : état adynamique, propension à la somnolence, hémorrhagies passives par les voies naturelles et même vomissements de sang. La maladie commençait généralement par une poussée fébrile intense, pendant laquelle les amygdales étaient tuméfiées; puis, après trois ou quatre jours, la défervescence survenait et avec elle un ictère plus ou moins accentué. A ce moment survenait la tendance aux hémorrhagies par le nez, par l'intestin ; plusieurs malades eurent de véritables vomissements noirs, composés manifestement par du sang, exhalé de l'œsophage et même de l'estomac. L'affection ne présentait pas de gravité, les sujets entraient bientôt en convalescence et reprenaient assez vite leurs occupations.

L'épidémie dura du mois d'août 1832 au mois de janvier 1833 ; couchant soixante-cinq à soixante-dix individus à l'hôpital, et à plus d'une reprise on se demanda si on n'était pas en présence d'un début de fièvre jaune. Aujourd'hui, que j'ai étudié avec quelque attention la fièvre dite bilieuse inflammatoire, je suis persuadé que cette épidémie d'ictère fébrile ne fut qu'une poussée de cette fièvre, avec prédominance de phénomènes ictériques ; tout, jusqu'à l'augmentation du nombre et de la gravité des atteintes en octobre, la diminution, puis la cessation en novembre, décembre et janvier, lorsque les brises du nord apparurent, corrobore mon opinion.

En août 1842, on parle de nouveau de l'ictère épidémique, au moment où la fièvre jaune, qui s'était un peu ralentie, reprenait vigueur; mais l'attention est bientôt détournée et pendant longues années il n'en est plus question. En consultant les travaux, les rapports, les feuilles de clinique de l'époque, on constate que la maladie ne faisait peut-être pas aussi absolument défaut que ce qu'on serait tenté de le croire tout d'abord, mais néanmoins la signification des symptômes est méconnue, les atteintes se fondent dans d'autres diagnostics et il faut arriver jusqu'à 1858 pour que l'ictère épidémique ait de nouveau une description spéciale dans les mémoires officiels de nos prédécesseurs.

En avril 1858, le Dr Ballot signalait une épidémie d'ictère fébrile, qui fut observée avec soin par lui, par M. Saint-Vel, et dont l'histoire a été écrite avec assez de détails pour que nous puissions l'étudier dans toutes ses particularités. Disons, tout d'abord, que l'épidémie de 1858 ne fut pas spéciale à la ville de Saint-Pierre; elle s'étendit à tous les points de la Martinique, commençant en avril à Saint-Pierre pour y finir au commencement d'août; arrivant en août à Fort-de-France pour y durer jusqu'en novembre; apparaissant en octobre au Lamentin, à la rivière Salée; gagnant le sud de l'île où elle acquit, dans les localités marécageuses, une gravité plus grande en se mêlant et compliquant les fièvres paludéennes endémiques dans ces endroits, surtout à la fin de l'hivernage.

En même temps qu'il gagnait de proche en proche vers le sud, cet ictère marchait vers l'est et le nord, de telle sorte qu'on put bien constater que l'épidémie, née à Saint-Pierre, s'étendait de proche en proche jusqu'à ce qu'elle eût visité l'île entière.

Il est à remarquer que l'ictère épidémique de 1858, suivit presque immédiatement la fièvre jaune, qui avait régné en 1856 et 1857, on dirait même qu'il lui succéda et se substitua à cette fièvre ictérode, comme une atténuation de la maladie primitive.

M. Ballot le disait en 1858, à propos de cet ictère épidémique: Pourrait-on voir son origine dans un ou plusieurs éléments du typhus ictérode qui ne se seraient pas éteints complètement avec lui?

Voici d'ailleurs des extraits des rapports de Ballot, qui vont nous renseigner mieux que toute analyse sur les allures de la maladie dont nous parlons:

« Au début, malaise, lassitude, céphalalgie peu intense mais continue, sommeil agité, rêves pénibles, pouls normal, face rouge, conjonctives injectées, commençant à jaunir sous la paupière inférieure, appétit diminué, selles ordinaires, urines rouges et rares.

« Plus tard, insomnie opiniâtre, agitation la nuit, douleurs dans les membres, sentiment de faiblesse, céphalalgie obtuse, rachialgie plus ou moins intense, langue souvent saburrale, saveur amère (goût de bile), appétit presque nul, sensation d'une barre allant d'un hypochondre à l'autre, épigastre rarement douloureux, quoique sensible à la pression, foie dans ses limites normales, nausées, vomissements bilieux, quelquefois au début, plus tard ils étaient aqueux, selles rares et se décolorant de plus en plus pour acquérir la couleur, la consistance en un mot, l'apparence de l'argile.

« Les conjonctives devenaient de plus en plus jaunes, la peau, autour de la bouche, puis sur le front, puis sur les côtés du cou, puis sur le tronc et en dernier lieu sur les membres, jaunissait à son tour et pouvait atteindre la nuance de l'ocre. Dans quelques cas arrivés à ce degré, la peau et les conjonctives prenaient une teinte d'un jaune plus ou moins verdâtre, surtout très apparente sur le front chez un grand nombre de malades ; des démangeaisons fort vives à la peau se faisaient sentir ; dans quelques cas rares, la sueur a jauni le linge.

« La circulation, qui au début souvent ne paraissait pas influencée, s'affaiblissait notablement ; le pouls, devenu mou, irrégulier, tombait quelquefois à 48,44 et 40 pulsations par minute ; dans quelques cas, en petit nombre, qui ont été observés particulièrement à l'hôpital de Fort-de-France, des épistaxis, des hémorrhagies anales, des hémorrhagies par les piqûres de sangsues plusieurs jours après leur application, une facilité très grande à la formation des plaies de position, l'apparition d'ecthymas cachectiques donnant sous leurs fustules des plaques gangréneuses, une disposition aux congestions hypostatiques, auxquelles un certain nombre de femmes atteintes de l'ictère épidémique ont succombé, prouvaient que le sang avait subi une atteinte profonde et qu'il avait perdu de sa vitalité.

« Un des symptômes les plus constants que j'ai constatés, ainsi que mon collègue M. le docteur Pellarin, non seulement sur nos malades, mais sur nous-mêmes, a été de la gêne dans la respiration. Chaque nuit survenait de l'oppression, quelquefois assez forte pour forcer les malades à garder la position assise dans leur lit ; le plus souvent ce trouble des fonctions respiratoires s'accompagnait des symptômes de la bronchite, mais dans nombre de cas, la muqueuse pulmonaire était indemne bien que l'oppression existât.

« Le produit de la sécrétion biliaire ne pouvant pas se verser dans l'intestin ; les autres appareils de sécrétion, par suite de l'admirable solidarité qui semble exister entre eux, tendaient par tous leurs efforts à l'éliminer du sang qu'il viciait et dont il diminuait la vitalité. La bile se portant à la peau et aux muqueuses était entraînée dans les sueurs, le mucus bronchique, le mucus nasal, les crachats et les mucosités gastriques et intestinales qu'elle teignait en jaune ou en vert, comme nous l'avons observé dans les cas graves et particulièrement sur nous-même.

« Mais le rôle principal, dans l'élimination de la bile, était rempli par l'appareil de la sécrétion urinaire ; en effet, à peine l'ictère se montrait-il à la peau que déjà l'acide azotique décelait, par un précipité vert-foncé,

passant au rose par un excès d'acide, la présence de la bile dans l'urine, bien que cette dernière ne parût pas encore modifiée dans ses propriétés physiques. Plus tard l'ictère augmentait, l'urine se fonçait de plus en plus, prenait la teinte de la bière, pour revêtir, dans les cas graves, l'apparence d'une décoction légère de café, devenue muqueuse, elle moussait avec facilité et teignait en jaune le linge qu'on y trempait. En l'examinant dans un verre à un jour vif, on remarquait que les bords mousseux de cette urine avaient une couleur sensiblement verte.

« Jamais, dans les expériences faites sur ces urines, l'acide azotique n'y a fait constater la présence de l'albumine.

« Le retour à la santé, dans l'ictère épidémique, était annoncé par une augmentation dans le produit de la sécrétion urinaire, bien que l'urine pût dépasser en quantité celle qui est expulsée normalement, sa teinte brune ne diminuait pas sensiblement pendant plusieurs jours. Il en était de même des autres produits éliminant la bile. En même temps que l'urine augmentait, le sommeil, qui avait fait défaut jusqu'alors, revenait, mais l'oppression persistait encore longtemps, l'appétit se faisait sentir, bien que la bouche fût encore amère ; la convalescence paraissait établie, que les selles étaient encore décolorées et que la bile ne coulait pas dans l'intestin.

« Nous avons remarqué sur plusieurs malades que le rétablissement de l'excrétion biliaire a coïncidé chez eux avec des symptômes d'entérite, tels que : douleurs vives à la région ombilicale, selles fréquentes séro-bilieuses, léger météorisme, etc., etc.; doit-on attribuer ces troubles intestinaux à ce que la bile excrétée, après une si longue suspension, avait acquis des propriétés irritantes ? ou bien à ce que l'intestin avait perdu l'habitude de l'excitation de cet agent de la digestion ?

« Le cours de l'ictère épidémique a été de plus de 2 mois chez quelques malades atteints gravement, dans l'immense mojorité des cas, il a été d'une trentaine de jours ; de même qu'il avait commencé à se montrer sur la partie de la conjonctive recouverte par la paupière inférieure ; de même cette partie en conservait encore des traces, alors qu'il n'en existait plus à la peau.

« L'ictère épidémique a été beaucoup plus grave chez les femmes. A Saint-Pierre, au commencement de l'épidémie, plusieurs femmes grosses furent atteintes de l'ictère. Presque toutes étaient enceintes de plus de cinq mois ; pendant les premiers quinze jours, la maladie ne parut pas produire chez elles des accidents plus graves que sur les autres malades. Mais à partir de ce moment, des symptômes d'avortement se déclarèrent chez presque toutes. Sur huit femmes grosses atteintes de l'ictère, sept présentèrent ces symptômes. On ne put empêcher l'avortement qu'une seule fois. Sur six enfants qui furent expulsés, deux seuls étaient vivants. L'un, né à sept mois, a vécu, l'autre, âgé de plus de six mois, est mort vingt-quatre heures après sa naissance.

« Il ne survint pas chez ces femmes, comme on aurait pu le craindre, de fortes pertes de sang ; mais aussitôt après l'accouchement, elles tom-

baient dans un état de prostration, d'anéantissement profond; des vomissements aqueux se déclaraient, puis du délire et le plus souvent de la somnolence, qui se convertissait en coma et qui, après un temps plus ou moins long, se terminait par la mort. Celle-ci est survenue une fois trois heures, une autre fois trente-huit heures après l'accouchement, les autres fois, entre ces limites.

« Pendant le mois de juillet, trois autres décès furent encore produits par l'ictère épidémique parmi les femmes de la ville de Saint-Pierre. Cette fois, à l'inverse de ce qui venait de s'observer, chez deux de ces femmes enceintes de cinq mois, il n'y eut pas d'avortement. La troisième victime était une accoucheuse renommée, vieille fille, au moins sexagénaire; à la fin de l'ictère qui l'avait jetée dans un état d'adynamie prononcée, elle fut saisie tout à coup de somnolence, puis de coma et mourut en quelques heures. L'autopsie d'aucune de ces femmes n'a été faite. »

Voici le traitement employé par M. Ballot, dans l'épidémie 1858 :

« Nous avons employé dans le traitement de l'ictère épidémique, une médication plutôt expectante qu'active.

« Dans les cas ordinaires, un ipéca ou un léger purgatif salin a toujours agi favorablement lorsqu'il existait au début des signes, soit d'embarras gastrique, soit d'embarras intestinal; des tisanes délayantes, des limonades ou des orangeades légères, des bains tièdes, le soin d'entretenir la liberté du ventre par des lavements, ont complété le traitement de l'immense majorité des cas. Rarement a-t-on eu besoin de l'emploi des sangsues ou des vésicatoires, pour faire cesser la gêne ou les douleurs qui pouvaient se présenter aux régions épigastrique et hypocondriaque.

« Dans les cas graves, il a fallu de bonne heure combattre les accidents résultant de l'altération du sang, par les toniques et surtout les analeptiques. La décoction de quinquina, plus tard le vin de Séguin joints aux bouillons de viande, au vin de Bordeaux, nous ont rendu de grands services. Dans deux cas de congestion sur les centres encéphaliques, un large vésicatoire recouvrant toute la voûte du crâne a fait cesser les accidents. Ces malades ont guéri. Le même moyen paraît avoir été employé avec avantage chez une femme atteinte de coma, survenu à la suite d'une fausse couche, pendant l'ictère épidémique.

« En présence des symptômes qui se montraient dans les cas graves de l'épidémie de 1832, on se demanda : si la maladie qu'on paraissait alors observer pour la première fois, n'était pas une modification de la fièvre jaune, une fièvre jaune désarmée de son principe pernicieux. Il y avait pourtant à cette époque quatre années que cette épidémie avait cessé ses ravages à la Martinique. »

Ajoutons, pour compléter ce que vient de nous apprendre Ballot, un extrait de son rapport du deuxième trimestre 1858, sur l'hôpital militaire de Saint-Pierre.

« Nous commençons la revue pathologique de ce rapport par l'histoire de l'ictère qui règne encore épidémiquement au moment où j'écris (fin de juillet), sur la population des divers centres de la Martinique.

« L'ictère, qui le plus souvent est un épiphénomène qui accompagne des affections du type le plus varié, nous a paru, dans la singulière épidémie que nous observons, constituer fréquemment toute la maladie elle-même. Sur plusieurs hommes, en effet, il ne nous a pas été possible de constater une affection qui ait précédé ou accompagné son apparition. Sur quelques-uns il n'a donné lieu à aucun trouble dans les fonctions de la vie. Un soldat, qui nous présentait l'ictère le mieux développé, à son entrée à l'hôpital, nous a déclaré qu'il s'était toujours bien porté, que son sommeil et son appétit avait toujours été bons. Sa langue était naturelle, ses selles, quoique décolorées, étaient normales.

« Mais telle n'a pas été la marche de l'ictère dans l'immense majorité des cas; presque tous les malades se sont accordés à déclarer que, pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'apparition de l'ictère et ordinairement leur entrée à l'hôpital, ils ont eu de la fièvre, des douleurs de tête et dans les membres, de l'insomnie, de l'inappétence, des nausées et souvent des vomissements.

« Chez ceux que nous avons pu examiner à l'hôpital et en ville, au début de la maladie, voici les symptômes que nous avons constatés habituellement.

« Langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre, haleine forte, bouche amère, nausées, souvent vomissement de nature bilieuse, ventre balloné, ordinairement peu sensible à la pression, il en était de même des hypochondres; constipation, rarement diarrhée, urines foncées, peu abondantes, à face rouge, yeux injectés; céphalalgie, douleurs dans les membres, nuits agitées et sans sommeil, peau chaude et sèche, pouls irrégulier, fréquent, dépassant 100 pulsations par minutes.

« Pour l'ordinaire, tous ces accidents fébriles tombent dès que l'ictère s'établit; celui-ci apparaît d'abord aux conjonctives, puis sur la peau du cou et du pourtour de la bouche; le pouls perd de sa force et surtout de sa fréquence, il est petit, faible et tombe au fur et à mesure que l'ictère se fait à 80, 72, 60 et 52 par minute; la langue est couverte d'un enduit épais; souvent les nausées et les vomissements persistent pendant quelques jours, les selles se décolorent peu à peu, deviennent jaunâtres, puis blanchâtres, elles ont alors assez souvent l'apparence d'argile plus ou moins solide. En même temps la couleur des urines change; de rouge foncé, elles deviennent de plus en plus brunes et peuvent aller à ressembler à une infusion légère de café torréfié (eau de café), elles moussent avec la plus grande facilité; traitées par l'acide azotique, elles verdissent fortement, et peuvent donner un précipité très variable de matière verte, qui est de la bile, mais jamais des précipités albumineux.

« Dans l'immense majorité des cas, l'ictère est suivi d'un retour assez prompt à la santé.

« Mais nous avons vu dans quelques cas lui succéder une sorte d'état

adynamique, qui a la plus grande ressemblance avec celui qui se montre chez les convalescents qui viennent de faire une fièvre jaune qui a parcouru toutes ses périodes.

« Les symptômes observés sont ceux d'une intoxication du sang, intoxication qui est produite par l'introduction dans la circulation et le mélange du sang, d'une certaine quantité de bile absorbée.

« Le pouls devient d'une faiblesse et d'une lenteur excessive, nous l'avons vu tomber à 44 et à 42 pulsations par minute.

« Le sang a perdu de sa plasticité, on voit des épistaxis, des hémorrhagies passives par les piqûres de sangsues, des métrorrhagies chez les femmes; des faiblesses, des syncopes s'observent chez les malades; des congestions vers les grands centres de la vie peuvent avoir lieu. C'est à des congestions vers le cerveau que les femmes qui sont mortes à Saint-Pierre de l'ictère épidémique, paraissent avoir succombé. Toutes n'étaient pas dans l'état puerpéral, comme pourrait le faire penser le rapport de monsieur le chirurgien de première classe Pellarin, une de ces victimes, accoucheuse, était presque sexagénaire.

« La peau perd de sa tonicité, d'un jaune plus ou moins foncé, tantôt elle est sèche, tantôt couverte d'une sueur visqueuse; nous l'avons vue deux fois présenter une irruption d'ecthima cachectique, dont les plaques, entourées d'auréoles violacées, tranchaient singulièrement avec la teinte safranée du reste de la peau.

« Des vomissements de nature bilieuse, quelquefois une diarrhée de matière décolorée, continuent à avoir lieu.

« L'avortement, chez des femmes où l'ictère arrive jusqu'à sa période adynamique, ne doit pas surprendre, en effet, comme le constatent les observations de MM. les docteurs Martineau et de Saint-Vel (voir le rapport de M. Pellarin) sur les femmes enceintes, atteintes de l'ictère épidémique à Saint-Pierre; cinq sont mortes et six ont avorté, chez toutes les fœtus étaient nés mort ou très faibles, un seul à survécu; cet état du fœtus à sa naissance doit-il être attribué seulement à l'altération du sang de la mère, ou plutôt à la faiblesse, à la lenteur de la circulation de celle-ci, qui rendent celle de son fruit insuffisante et en produit la mort et l'expulsion?

« Il existe dans les archives du Conseil de santé de la Martinique, des traces d'une épidémie d'ictère qui aurait régné dans la population civile et militaire de Saint-Pierre pendant l'année 1832; d'après M. Garnaud, chef du service de santé de l'hôpital de Saint-Pierre à cette époque, l'ictère qui se montrait alors était accompagné d'hémorrhagies passives, d'épistaxis et de vomissements de sang; mais nous sommes presque sans détails, il ne nous reste guère que les chiffres des états de situation et quelques notes très courtes sur les mêmes états: toutefois, il n'y est question d'aucun cas funeste; le médecin d'armée Pringle, et avant lui Huxhanu, avaient constaté sur les troupes de pareilles épidémies, accompagnées quelquefois d'accidents adynamiques et même ataxiques; dans aucune de ces descriptions de ces ictères épidémiques, je n'ai vu mentionner un ralentissement de pouls

aussi prononcé que celui que nous avons constaté chez presque tous les malades que nous avons traités à l'hôpital et en ville.

« Les fièvres de nature paludéenne ont été, en général, bénignes et peu nombreuses à Fort-de-France pendant ce trimestre, elles se sont élevées à 73 contre 153 dans le trimestre précédent, et n'ont donné lieu à aucun décès. Sous l'influence de la constitution bilieuse, la plupart de celles qui se sont présentées dans nos salles, pendant le mois de juin, ont été empreintes du caractère propre de la nature bilieuse; nous avons eu en outre deux fièvres rémittentes de ce type, qu'on aurait pu prendre, au premier abord, pour une fièvre jaune. Nous allons relater l'observation d'une de ces fièvres.

« Urlès Nicolas, soldat de 2e classe, à la 5e compagnie, du 1er régiment d'infanterie de marine, natif du Bas-Rhin, arrivé dans la colonie depuis cinq mois, est apporté à l'hôpital le 1er juin à 11 heures du matin; il déclare qu'il est indisposé depuis 4 jours, sa maladie a débuté par un violent frisson, suivi d'une forte chaleur, qui depuis n'a pas cessé, il a eu de nombreux vomissements, pas de selles.

1er juin au soir. — Voici les symptômes que nous observons à la visite du soir : céphalalgie, face rouge vultueuse, commençant à se safraner au pourtour des lèvres, léger commencement d'ictère aux conjonctives, peau chaude et sèche, pouls fréquent (108), douleurs lombaires, soif, nausées, langue grisâtre, collante, rouge à la pointe, douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit; le foie a son volume normal et ne dépasse pas les fausses côtes; les urines sont rares et d'un rouge foncé.

Prescription. — (Diète, eau albumineuse aromatisée, eau de laurier cerise, 20 sangsues à l'épigastre, suivies d'un cataplasme émollient, pediluve sinapisé sous les couvertures, lavement purgatif). Le 2, au matin, insomnie, beaucoup d'agitation, peu de sueur, le lavement purgatif a été gardé, il en a été de même d'un autre prescrit par le prévôt de l'hôpital, les nausées continuent, l'ictère a fait peu de progrès, les piqûres des sangsues appliquées à la visite d'hier soir saignent encore.

Prescription. — (Tilleul, eau de sedlitz, cataplasme émollient) ; le soir six selles sont obtenues, mais il se produit de nombreux vomissements, sous l'affluence des efforts qui accompagnent ceux-ci, la peau se couvre de sueur; mais elle reste toujours chaude ; le pouls n'a rien perdu de sa fréquence et de son irrégularité.

Prescription. — (Eau albumineuse glacée, coupée d'eau de seltz, donnée par petites gorgées, 20 sangsues à l'épigastre, cataplasme).

« 3 juin au matin. — Nausées, vomissements rares, pas de selles, langue épaisse tendant à se sécher, pouls moins fréquent (72), faible, mais régulier, peau moite, urines rares et foncées, ne donnant pas de précipité par l'acide azotique ; les piqûres des sangsues saignent encore ; avant la visite, il y a eu une épistaxis abondante. *Prescription.* (2 grammes de sulfate de quinine en 2 suppositoires ; 4 grammes du même sel, dans 16 grammes d'axonge en friction).

« Soir. — Nouveau paroxysme vers 3 heures ; frissons, nausées, vomis-

sements bilieux fréquents, peau chaude et sèche, pouls à 102, agitation, délire violent pendant la nuit. *Prescription.* (Vésicatoire à l'épigastre, compresses glacées sur la tête, sinapismes aux pieds, lotions avec du vinaigre chaud sur les membres inférieurs, lavement purgatif).

« Le 4 au matin. — Fièvre toujours ardente ; à la suite d'une selle abondante qui a été provoquée, le délire a diminué ; nausées et vomissements bilieux fréquents, langue sèche et enveloppée d'une croûte brunâtre, les urines rares et d'un rouge foncé, ne donnent pas de précipité par l'acide azotique. On continue les mêmes moyens, auxquels on ajoute deux centigrammes de chlorhydrate de morphine sur le vésicatoire et un bain d'enveloppe.

Soir. — A la suite de ce bain, la sueur s'est établie et devient abondante, le pouls tombe à 80, mais les vomissements ont encore lieu de loin en loin, on profite de ce moment de rémission pour administrer 2 grammes de sulfate de quinine, et 4 grammes du même sel en frictions.

« 5 au matin. — Pas de délire, faiblesse générale, sueur froide et visqueuse, pouls faible, mais régulier, à 60, vomissements fréquents, langue sèche, brune et racornie, une selle, plusieurs épistaxis; les piqûres de sangsues s'ouvrent et donnent lieu à un écoulement séro-sanguinolent. L'ictère augmente lentement, pas d'albumine dans les urines (mêmes moyens : boissons glacées, 7 grammes de quinine en suppontoire et en friction, morphine sur le vésicatoire).

« Soir. — La sueur est toujours froide et visqueuse, le bouillon froid n'a pas été rejeté, les suppontoires de quinine ont été conservés, on en prescrit deux autres pour la nuit, ainsi que des frictions, avec la teinture d'Huxhanu fortement quininée, le bouillon froid sera donné fréquemment par cuillerées.

« Le 6, mieux marqué, pas de fièvre, pas de vomissement, la langue est moins sèche, la peau moelleuse, les piqûres de sangsues ne se sont pas rouvertes, le pouls est à 52, même prescription. Le 7, l'amélioration continue, dans la soirée la fièvre et les vomissements reparaissent ainsi que le délire, qui devient très violent pendant la nuit. Le 8, à la visite du médecin, la fièvre et les vomissements ont cessé, on en profite pour administrer de suite 1 gr. 50 de sulfate de quinine, uni à 0 gr. 05 d'extrait d'opium en pilules, 6 grammes du même sel sont employés dans la journée en suppontoires et en frictions. Le 9, pas de fièvre, on continue les mêmes moyens, le sulfate de quinine n'a pas été vomi. 10 et 11, l'amélioration se maintient, le sulfate de quinine se donne à doses décroissantes, la langue se nettoie, l'ictère se prononce de plus en plus, le pouls devient de plus en plus lent, et ne donne plus que 40 pulsations par minute; l'urine brunit petit à petit et présente l'apparence d'une infusion légère de café (eau de café).

« Du 12 au 20, la convalescence marche lentement, le pouls ne prend de la force et de la fréquence que lentement, le 20 il est encore à 60 par minute; sous le rapport de l'affaissement et de la teinte de la peau, Urlès

ressemble à un convalescent qui vient de parcourir toutes les périodes de la fièvre jaune.

« Le 22. Ce jour il se trouve assez fort pour être évacué sur les eaux thermales des Pitons.

« Entre cette fièvre rémittente bilieuse et la fièvre jaune, il s'est présenté un grand nombre de symptômes similaires, tels que : céphalalgie, face vultueuse, courbatures, nausées, vomissements, langue grisâtre, rouge à la pointe, agitation, ictère commençant des conjonctives et plus tard affaissement profond, lenteur du pouls, épistaxis, hémorrhagies passives, langue sèche, etc.

« L'étude des urines, dans ce cas et dans ceux qui s'en sont rapprochés, nous a été d'un grand secours pour fortifier notre diagnostic ; traitées chaque matin par l'acide azotique, elles ne nous ont jamais donné, comme cela a lieu dans la deuxième période de la fièvre jaune, de précipité albumineux. Nous les avons vues se colorer de plus en plus en vert par le même acide, au fur et à mesure que l'ictère a pris de l'accroissement. »

On voit toute la description nosographique de la maladie dans cet extrait des rapports de mon savant prédécesseur ; je suis par conséquent dispensé de m'étendre sur sa symptomologie comme sur sa thérapeutique, et on sait déjà ce que je pense de la pathogénie ou de sa nature.

Pendant l'épidémie de 1858, le docteur O. Saint-Vel était à Saint-Pierre ; aussi dans son livre (*Traité des maladies des régions intertropicales*, 1868), il consacre à l'ictère un article assez étendu dans lequel il insiste sur les deux sortes de jaunisses, la biliphéique et l'hémaphéïque de Gubler. Cette dernière question a été si bien traitée depuis par M. Charcot et tant d'autres, qu'il est inutile de rapporter en détail les idées de M. Saint-Vel sur ce sujet.

M. Saint-Vel rapporte dans son étude une observation du Dr Rougon dans laquelle un ictère grave a été observé chez un mulâtre et alla jusqu'à la mort ; j'ai eu l'occasion de voir un petit nombre de cas pareils pendant mon séjour à la Martinique. On les combattait par la quinine à outrance ou par le calomel, suivant que le médecin traitant croyait à l'impaludation ou à un ictère grave, et je dois ajouter que la mort a été toujours le résultat final dans ce cas. Je n'ai pas observé ces malades à l'hôpital, de sorte que je n'ai pas noté les diverses péripéties de l'atteinte ; mais, d'après les indications qui m'étaient fournies, j'ai grandement lieu de croire que je ne me trouvais alors que devant des individus qui avaient eu les symptômes d'une fièvre inflammatoire intense tournant mal, qu'on me passe le mot, et par conséquent que cet ictère n'est en définitive qu'un épiphénomène du degré grave d'une affection amarile.

Je ne puis partager l'opinion de M. Saint-Vel quand il croit que l'observation de M. Rougon qu'il rapporte, ne doit pas être rattachée à la fièvre jaune, et surtout quand il dit : *le sujet appartient à une race pour laquelle l'immunité est absolue aux Antilles*. Non, cette immunité est relative seulement, et encore moins grande que ce que beaucoup l'ont cru, de sorte que si nous ne pouvons voir dans cette atteinte une forme fréquente et normale, dirai-je de la fièvre jaune, nous devons la considérer, je crois, comme un cas de maladie d'essence amarile.

Dans un cas comme dans l'autre, le malade est terriblement en danger, je le crois, et quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la nature de l'atteinte, quelle que soit la thérapeutique employée, il y a de grandes chances pour que la terminaison funeste survienne; mais néanmoins je crois que, s'il y a une espérance à conserver, quelques très rares fois, ce sera de préférence lorsque la quinine et le calomel n'auront pas été donnés à doses massives ou répétées. Notons bien que je prescris la quinine seulement pour les cas où le paludisme ne doit pas être mis en cause.

Je n'insisterai pas longuement sur cette maladie, car ne l'ayant pas vue moi-même un assez grand nombre de fois, je ne puis entrer dans une discussion approfondie touchant les analogies et les différences dans les épidémies d'ictère grave observées en Europe. J'appelle de tous mes vœux une étude de longue haleine faite sur les lieux mêmes, et suis persuadé que les faits porteront les observateurs ultérieurs à cette opinion qu'il s'agit ici d'une influence amarile. Ne puis-je pas me réclamer de l'opinion si autorisée de M. Rufz de Lavison sur cette question ? On me répondra que notre éminent confrère n'était pas à la Martinique en 1858, et que, par conséquent, il ne peut juger cette épidémie en dernier ressort. C'est vrai. Mais je ferai remarquer que, de 1835 à 1855, il y a eu nombre de cas analogues ; or, si M. Rufz de Lavison ne les avait pas considérés comme dépendant de l'influence amarile, il n'aurait pas écrit que dans une pratique de vingt ans, il n'avait jamais observé l'ictère grave à la Martinique. Mais je crois qu'il est inutile de continuer à discuter ; les faits sont insuffisants jusqu'ici pour juger la question, et l'opinion d'un observateur aussi sagace, aussi instruit que M. Saint-Vel a besoin d'être combattue par des faits autrement plus probants que mes simples contradictions, ce qui revient à répéter que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce sujet.

FIÈVRE DE RUFZ.

M. Rufz dit avoir vu à trois époques différentes 1840-1841 — 1847-48 — 1855 une fièvre particulière différant de celles qu'il avait vues jusque-là, par sa marche et ses symptômes. Elle régnait épidémiquement sur les enfants de 4 à 12 ans, affectant parfois toute la population enfantine d'une maison d'éducation et atteignait aussi çà et là quelques adultes. — Il a décrit cette maladie avec soin, et je dois m'en occuper ici prenant le parti de la désigner sous le nom de fièvre de Rufz pour la caractériser d'un mot.

Extrait du travail de M. Rufz de Lavison. (P. 71. *Fièvre particulière.*)

« A trois époques différentes, en 1840 et 1841, 1847 et 1848 et en 1855, du mois de mars au mois de juin, j'ai observé une fièvre particulière, c'est-à-dire, qui différait des autres fièvres, déjà décrites, par sa marche et par son appareil symptomatique. Quelques adultes en étaient atteints, mais elle régnait surtout sur les enfants de la seconde enfance, de 4 à 12 ans, en nombre presque épidémique, ainsi qu'on pouvait en juger dans les pensionnats de jeunes filles et de jeunes garçons.

« Cette fièvre débutait par deux ou trois accès légers avec intermittence quotidienne distincte, mais presque toujours sans frisson ; puis elle devenait continue avec des rémissions appréciables : céphalalgie, accablement, tendance au sommeil, mais avec agitation; quelquefois, léger délire pendant le sommeil, surdité, fréquence du pouls, chaleur et sécheresse de la peau, aucune tache lenticulaire ni autre, mais dans quelques cas des sudamina au col ; ni météorisme, ni gargouillement à la région cœcale. La constipation était la règle, mais vers la fin une diarrhée légère fut toujours favorable ; les forces étaient assez bien conservées ; les enfants se mettaient brusquement sur leur séant. La marche de cette fièvre était surtout remarquable, elle se prolongeait souvent au delà du trentième jour. Les convalescences étaient pénibles, accompagnées d'amaigrissement et quelquefois d'un léger œdème à la face et autour des chevilles des pieds. La mortalité fut presque toujours nulle. A peine dans plus de 50 ou 60 cas ai-je eu deux morts. Malheureusement je n'ai jamais pu vérifier les caractères anatomiques.

« Un vomitif au début, quelques purgatifs semblaient bien faire. Le sulfate de quinine, à toutes les époques de la maladie, arrêtait ou plutôt retardait les accès. C'était le seul effet qu'on en obtenait. Il n'amenait pas une amélioration générale et la maladie reprenait sa marche malgré l'administration du fébrifuge. Dans la plupart des cas, on n'obtenait la guérison que par le changement d'air, en envoyant les enfants à la campagne.

« Cependant, la maladie régnait non seulement dans la ville, mais sur quelques habitations de la banlieue.

« Je n'ai pu la rattacher à aucune circonstance météorologique particulière à la saison sèche, qui est celle des mois où elle se manifesta.»

J'ai eu l'occasion de voir une épidémie analogue, et ma conviction est que ce ne fut pas autre chose que la fièvre inflammatoire dont j'ai parlé si longuement à plus d'une reprise. Je suis persuadé que nos successeurs se rangeront de mon avis et qu'ils constateront que, suivant la constitution médicale du moment, ces petites épidémies bénignes ou sévères présentent des différences telles que la description de M. Rufz ne peut être considérée que comme une partie de la peinture de la maladie tout entière. Je renvoie donc au chapitre où je me suis occupé de la fièvre inflammatoire et si je n'ai pas voulu parler alors de cette fièvre de Rufz, c'est uniquement pour attendre que le lecteur eût une opinion assez bien arrêtée sur la maladie, c'est-à-dire, fût dans de bonnes conditions pour juger mon affirmation à laquelle il se ralliera, j'en suis certain.

ALCOOLISME.

Nous entreprenons ici de parler d'une des plaies les plus tristes et les plus hideuses de la Martinique. L'alcoolisme est, en effet, d'une fréquence désespérante dans le pays, une bonne moitié de la population s'y livre sans retenue, et mille sollicitations aidant, les Européens qui arrivent dans la colonie pour y passer un temps limité ou s'y établir à poste fixe, se laissent aller trop souvent à l'intempérance alcoolique qui est la cause puissante des maladies et même souvent est la seule raison qu'il faille invoquer pour la mort de bien des malheureux.

Il y a longtemps qu'on l'a dit et écrit celui : qui a le bon sens de ne pas s'alcooliser, d'éviter les rayons du soleil et de résister aux agaceries des filles, est assuré de s'y bien porter. C'est qu'en effet, ces trois causes sont pernicieuses au dernier chef dans le pays, et malheureusement s'additionnent bientôt le plus souvent chez l'individu qui se laisse aller aux sollicitations de l'une d'elles.

Les soldats et les marins qui arrivent à la Martinique, ne résistent généralement pas à la tentation du tafia qui a un goût assez agréable, qui est d'un bon marché excessif, et la gourmandise d'une part, les entraînements des camarades à l'unisson desquels on veut se mettre, d'autre part, font que les nouveaux débarqués ont pris bientôt des habitudes déplorables au grand détriment de leur santé. Dans la classe plus élevée des fonctionnaires et des officiers, non seulement le tafia se présente aux novices sous la forme de punch,

de grog glacé, mais encore l'alcool servant de véhicule à l'absinthe, à l'anisette, à ces substances aromatiques amères ou autres qui constituent ces milles liqueurs à la mode, suivant le moment, vient apporter contre la santé son arme d'autant plus funeste qu'elle est à double tranchant, et je dois ajouter que le nombre de ceux qui savent résister à la pente fatale, est extrêmement restreint.

Chose étrange, l'alcoolisme atteint à la Martinique, non seulement les individus qui font la clientèle ordinaire dans la zone tempérée, mais aussi des classes de gens qui, dans nos pays, sont, au contraire, des modèles de tempérance et de bonne conduite; c'est ainsi, par exemple, que les gendarmes, les gens d'église, les hommes de loi fournissent un contingent des plus considérables à cette étrange aberration du goût. La chose qui paraît extraordinaire de prime abord est cependant facilement explicable et, en effet, pour le gendarme, par exemple, que se passe-t-il? Ce gendarme a dans son service l'obligation de faire des tournées fréquentes à toute heure du jour dans les divers quartiers soumis à la surveillance. Or, dans ces conditions, il arrive souvent sur une habitation de la campagne à une des heures chaudes de la journée, il est ruisselant de sueur, on lui offre, comme c'est l'habitude invariable pour tous, une boisson rafraîchissante. Sous prétexte que l'eau pure ou acidulée seulement avec du citron est malsaine, on lui sert un mélange d'eau et de tafia dans lequel l'alcool se mesure au désir d'être agréable de l'habitant, et notons que les colons martiniquais sont extrêmement avenants et hospitaliers pour qui vient les visiter; il en résulte qu'à la fin du jour, le gendarme même le plus sobre habituellement à la caserne a absorbé près d'un demi-litre de tafia, et comme les jours de service sont fréquents, l'alcoolisme se manifeste vite à un pareil régime.

On comprend comment il se fait que des hommes qui partout et toujours sont des modèles de tempérance, d'ordre et de discipline, se laissent aller ici à des écarts alcooliques inconnus dans d'autres contrées. Et qu'on ne croie pas qu'ils pourraient facilement y résister; non, assurément, car en sa qualité de militaire discipliné, il n'est pas suffisamment en défense contre l'invitation d'un maire, d'un magistrat, d'un officier, d'un conseiller général, d'un fonctionnaire sur l'habitation duquel il se trouve, et c'est par obéissance, pourrait-on dire, si le mot n'était pas boufonnement déplacé ici, qu'il s'alcoolise.

Qu'on me permette de ne pas insister plus longtemps sur ce sujet, mais on comprend très bien que je pourrais invoquer maintes raisons plausibles pour montrer que, dans un pays où chacun boit tou-

jours et abondamment, le prêtre, le fonctionnaire, tous les individus enfin qui ont des relations nombreuses avec la population sont bien souvent entraînés malgré eux à une intempérance que leur profession, leur goût personnel, leurs habitudes antérieures même semblaient de prime abord devoir écarter d'eux.

On n'attend pas de moi ici une étude approfondie et générale de l'alcoolisme, je ne puis qu'indiquer son influence désastreuse, renvoyant aux ouvrages classiques pour son étude complète. — Je dirai seulement que cet alcoolisme doit être envisagé sous deux points de vue par moi : 1° son influence sur les maladies aiguës ; 2° son influence sur la raison elle-même, lorsque l'abus des liqueurs fermentées n'a pas trouvé une occasion d'exercer sa funeste action sur une autre atteinte morbide.

Action primitive de l'abus de l'alcool chez les Européens à la Martinique. Les hommes qui ont l'habitude de boire sont plus désarmés que les autres vis-à-vis des maladies amariles qui entrent pour une si large part dans les atteintes morbides des Européens ; chez eux, l'insolation, la fièvre inflammatoire, la fièvre jaune sont plus sévères, toutes choses égales d'ailleurs, de sorte que, loin de partager l'opinion de Guillon qui pensait qu'une certaine habitude de boire largement était une bonne condition pour résister à la fièvre jaune, nous formulons des conclusions absolument contraires. — Si l'influence pernicieuse des habitudes alcooliques et même d'un peu d'intempérance est incontestable pour ce qui est des atteintes amariles, nous dirons qu'elle est dix fois plus marquée encore pour la dysentérie et l'hépatite. Ce que j'ai dit de la pathogénie de ces deux affections nous explique pourquoi l'homme qui impose à son foie un travail exagéré dans un pays où cet organe a déjà beaucoup à faire, doit se trouver avant peu exposé à la dysentérie et à la congestion hépatique. A plus forte raison celui qui, par suite de l'ingestion répétée et habituelle de l'alcool, présente une dégénérescence cirrhotique plus ou moins avancée de son foie, est plus prédisposé que qui ce soit à l'abcès tropical ou à l'abcès du foie septicémique. Je ne saurais trop appeler l'attention là-dessus, et dirai d'un mot que l'alcoolisme est la cause la plus puissante que je connaisse de la malignité de la dysentérie et de la tendance à la suppuration hépatique dans les pays coloniaux et la Martinique en particulier.

Action éloignée de l'alcoolisme. Je pourrais écrire bien des pages ici et montrer que celui qui se livre à la boisson court des dangers très grands et certains à la Martinique, non seulement pour ce qui est des maladies aiguës, mais encore pour tout ce qui touche les affections chroniques ; mon cadre ne comporte pas pareille extension,

et je me bornerai à dire un mot rapide touchant l'aliénation mentale consécutive à l'abus du tafia et des autres liqueurs fermentées. Il y a à Saint-Pierre une maison où les aliénés sont reçus, et le médecin en chef de la colonie est chargé d'inspecter à plusieurs reprises chaque aliéné. Or, j'avais, par les rapports de mes prédécesseurs, un excellent moyen de voir si le nombre des aliénés d'origine alcoolique allait ou non en augmentant avec le temps, et je dois dire que très effrayé pour ma part de cet accroissement, j'ai cru devoir à plusieurs reprises appeler l'attention de l'autorité sur ce fait vraiment attristant. La garnison de la Martinique reste assez peu de temps dans la colonie pour que l'abus des boissons fortes n'ait pas le temps de déranger la cervelle des militaires, mais cependant le nombre de ceux qui présentent ces troubles intellectuels est plus grand, toute proportion gardée, dans le pays que dans les garnisons ordinaires d'Europe. Il y a là sujet à bien des méditations de la part des chefs. Pour moi, j'y vois une raison de plus pour qu'on se décide à isoler les soldats de la population civile, leur santé y gagnerait d'une manière infiniment heureuse.

On me permettra de ne pas insister plus longuement sur cette question de l'alcoolisme, comme d'ailleurs sur toutes les affections de cette catégorie que j'ai désignée sous le nom de *Autres*. C'est une énumération très sommaire et même incomplète que je pouvais faire ici, il n'entrait pas dans mon cadre de fournir plus que quelques indications très superficielles destinées seulement à appeler tention sur son compte.

NOSTALGIE.

J'ai à m'occuper actuellement d'une maladie qui est bien rarement indiquée dans la colonne de diagnostic sur les feuilles de clinique et qui cependant se rencontre très souvent dans les hôpitaux militaires, quand on veut prendre la peine de regarder un peu de près. Plus j'avance dans ma carrière, et à mesure que je cherche davantage à me rendre compte des divers éléments qui doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation du médecin, je reconnais que soit comme maladie tout entière, soit comme appoint qui vient s'ajouter aux diverses conditions qui compliquent un état morbide quelconque, la nostalgie ne doit pas passer inaperçue pour le médecin qui soigne des militaires et des marins, soit en Europe, la mère patrie, soit surtout et bien davantage dans les colonies.

La chose se comprend d'ailleurs bien facilement, et en effet, pour un garçon intelligent, déterminé, engagé volontaire dans le but de

parvenir aux rangs élevés de la Société, il y a parmi les militaires et les marins dix pauvres diables qui ont été enlevés brusquement par la conscription à leur famille, à leur chaumière ou à leur batelet de pêche. Ces jeunes conscrits, qui étaient habitués à une existence spéciale depuis leur enfance, qui n'avaient jamais songé qu'on pût vivre loin de son pays, des siens, et dans un état de contrainte permanente, se trouvent tout à coup dépaysés, jetés brusquement dans une caserne au milieu du bruit et du mouvement, ahuris par les obligations de toute sorte qui leur sont imposées du jour au lendemain, gênés par leur uniforme, fatigués de corps et d'esprit par les exercices multipliés, éprouvés par le changement de nourriture qui, sous le rapport de la nature, de la forme comme de la quantité des aliments, diffère de ce qu'ils avaient l'habitude de voir servir sur leur table.

La vie en commun fait ressortir davantage les imperfections, la maladresse, la gaucherie du nouveau militaire, et ses voisins s'amusent souvent à ses dépens au lieu de lui donner d'utiles conseils. Avec cela une discipline dont le conscrit ne comprend pas les nuances le menace perpétuellement de punitions que l'imagination rend plus effrayantes qu'elles ne le sont réellement ; sans compter que l'inintelligence des chefs subalternes, qui se complaisent parfois à terrifier le jeune arrivé, ne fait qu'effrayer davantage ces pauvres jeunes gens qui entendent bourdonner à leurs oreilles à chaque pas les mots de salle de police, de prison, de conseil de guerre, etc.

Si telle est l'existence pénible dans les premiers temps du conscrit qui reste en France, combien est plus pénible encore la condition de celui qui est embarqué peu après son incorporation sur un navire à destination lointaine. Il entend prononcer avec effroi déjà le nom de la colonie dans laquelle il doit aller ; il demande avec anxiété à un ancien si c'est un pays salubre, agréable, dangereux, et régulièrement chaque fois on lui fait une réponse terrifiante : Tous ceux de ton pays que j'ai vus y aller y sont restés, lui dit le loustic avec un accent de vérité qui donne au malheureux les angoisses de la mort.— Les faits les plus terribles, les plus exagérés, les plus invraisemblables même sont groupés avec art par le vieux soudard pour jeter la frayeur dans l'âme du pauvre néophyte trop crédule, et un stupide sentiment de fanfaronade fait décupler au vieux soldat les dangers qu'il a pu courir dans les pays tropicaux où il a fait campagne.

Les symptômes des maladies du pays eux-mêmes sont exagérés par ces ridicules conteurs, et ils accumulent à plaisir les signes pronostics fâcheux, de sorte que le malheureux novice se considère dès

le jour du départ comme une victime assurée, ne pouvant échapper aux mille dangers qu'il va courir que par le fait d'un véritable prodige.

Que de fois n'ai-je pas vu des malheureux jeunes gens arriver au Sénégal ou à la Martinique la tête bourrée de ces effrayantes fables qu'un malin de la chambrée avait su faire accepter comme vraies par de trop crédules conscrits. Et qu'on me permette d'ajouter incidemment ce point sur lequel j'aurai à revenir : que de fois n'ai-je pas vu de pauvres diables se livrer à des excès de boisson, qui ruinaient leur santé, buvant non pas tant pour le plaisir de s'enivrer, dans les premiers temps au moins, que parce qu'ils étaient persuadés, d'après le dire d'un ancien, que l'intempérance est le moyen assuré de résister aux influences morbides du climat meurtrier des colonies.

On comprend que le nouveau débarqué, dont l'esprit est bourrelé depuis longtemps par l'effroi de maladies dont on lui a complaisamment énuméré les phénomènes, dont on a exagéré à plaisir la léthalité, doit subir une terrible émotion dès qu'il éprouve la moindre indisposition, et on sait que l'Européen qui arrive dans les pays chauds est à peu près toujours touché par un malaise plus ou moins fort peu après son débarquement. Nombre de fois j'ai vu pour ma part de pauvres diables être presque sidérés par la frayeur dès qu'ils avaient le moindre embarras gastrique, un accès de fièvre ou un dérangement d'entrailles.

Or, par un sentiment très naturel à l'homme, la pensée de la maison du pays, des joies du foyer et de l'enfance vient avec une poignante anxiété assiéger l'esprit du malheureux.

Je n'ai pas à entrer longuement ici dans la description des symptômes auxquels le médecin diagnostique la nostalgie, — des maîtres illustres s'en sont occupés avec un tel bonheur d'expressions que je n'oserais marcher sur leurs brisées — je renvoie pour cette symptomatologie le lecteur aux mémorables travaux de Larrey, par exemple, aux considérations fournies par divers médecins militaires de ses élèves, depuis Michel Lévy jusqu'à Haspel, et je dirai seulement que, sans qu'on ait besoin de longues explications à ce sujet, la nostalgie se devine souvent à première vue quand on approche du pauvre conscrit malade, soit dans un hôpital d'Europe, soit dans un hôpital colonial.

Il ne faut pas aborder brutalement et même sèchement le sujet pour lui faire avouer sa peine, a-t-on dit il y a bien des années, et je ne puis que le répéter ; tel qui est touché au cœur de la manière la plus sévère n'en conviendra jamais s'il n'est pas ques-

tionné avec quelque habileté, s'il peut penser que c'est dans un intérêt banal qu'on le questionne. Il met une certaine pudeur à cacher un sentiment intime aussi doux que pénible, s'il craint de voir ses aspirations incomprises, méconnues, tournées à dérision par un homme qui ne lui inspire pas de sympathie.

Et cependant je suis si convaincu pour ma part que cette nostalgie entre pour une large part dans les conditions de succès ou d'insuccès du médecin militaire qui exerce dans une colonie, que je me suis toujours attaché à savoir dans quelle limite je devais en tenir compte pour chaque malade que j'avais à soigner, aussi je ne saurais trop recommander à mes successeurs de ne pas négliger cet élément important dans leur thérapeutique coloniale.

Il y aurait bien des pages à écrire sur le sujet actuel, car on peut dire que le médecin a besoin non seulement de questionner le sujet avec quelque habileté pour découvrir si, oui ou non, la nostalgie complique l'état de son malade, mais encore il est nécessaire qu'il satisfasse à tout un ensemble de conditions pour réussir.

J'ai vu un de mes camarades, qu'on me permette de citer cet exemple sans dire son nom, un de mes camarades, dis-je, qui était instruit comme le plus instruit d'entre nous, qui était plein de cœur, plein de sympathie, tendre père de famille, ami affectueux, personne d'un commerce aussi sûr qu'agréable pour ses amis; il n'avait cependant jamais pu vaincre la méfiance obstinée de ces pauvres nostalgiques qu'il soignait dans son service d'hôpital; il avait un air imposant, un aspect froid, une parole mesurée et solennelle qui glaçait l'expansion du malheureux, et chose étrange, les résultats de sa pratique s'en ressentaient considérablement. A côté de lui j'ai vu un autre médecin, qui certes avait cent fois moins de valeur à tous les titres, et cependant qui était adoré de ses malades, au point que les soldats et marins croyaient qu'ils étaient sûrement garantis contre la mort dès qu'ils étaient couchés dans sa salle et soignés par lui.

Je me suis attaché, ai-je dit souvent déjà, à tenir grand compte de l'élément nostalgie dans ma pratique de médecin militaire à tous les rangs de la hiérarchie, et dans toutes les conditions de service où je me suis trouvé, je crois avoir obtenu quelques bons résultats de cette manière de faire. Aussi je dois indiquer au lecteur les petits moyens que j'ai mis en œuvre et qui m'ont réussi :

Et tout d'abord j'ai cherché à inspirer la confiance à mes hommes, même les bien portants, sur les navires ou dans les colonies où j'ai servi. C'est en m'attachant à ne paraître ni trivial ni d'allures solennelles et empesées, en cherchant à être bon, bienveillant, mais sans

faiblesse, en m'entourant d'une auréole, qu'on me passe le mot, de conduite droite et simple, de caractère égal, plein d'aménité sans cesser d'être ferme, de travail et de valeur scientifique convenable, de sollicitude pour le bien-être du militaire et du marin, que je suis arrivé à mon but.

Une visite faite de temps en temps à la cuisine pour goûter les éléments de la ration, une observation bienveillante faite à propos sur la manière dont les aliments doivent être cuits, préparés, présentés, — un conseil donné à un factionnaire, à un canotier sur telle précaution à prendre. Parfois il m'est arrivé d'interpeller un homme qui ne parlait pas, et de lui demander avec l'accent de l'intérêt comment il se portait, quel était le malaise qu'il ressentait dans le moment, et on le comprend sans peine : rien ne peut être plus facile que de s'adresser comme par hasard à celui qu'on sait avoir mal aux dents, avoir des coliques ou une écorchure à la main. Par ces petites preuves de l'intérêt que le médecin militaire porte aux hommes, preuves données sans affectation et de telle sorte qu'on puisse croire qu'elles sont absolument spontanées et non calculées, il arrive à avoir sa réputation faite dans les compagnies ou les équipages, et qu'on ne l'oublie pas, c'est une grande force qu'on a désormais à sa disposition pour faire le bien.

Pour les malades, il faut que le médecin militaire qui veut capter leur confiance redouble de soins et d'attention, — et tout d'abord il faut bannir d'une manière absolue toute trivialité de mauvais goût, toute tendance à plaisanter un pauvre diable de manière à en faire la risée des camarades. C'est une chose si capitale que je ne saurais trop insister à son sujet.

Le médecin approche du lit de son malade, s'il s'aperçoit qu'on l'a mal couché, qu'on ne lui a pas donné le bain de propreté indispensable, qu'on a laissé sur la planche de son lit ou sur sa personne tel objet qui doit être retiré, il ne faut pas qu'il en fasse l'observation sur un ton bourru, colère, même alors qu'il aurait de justes reproches à adresser à l'infirmier, car on peut être bien certain que le malade ressent de son côté en effroi, en appréhension un contre-coup fâcheux de toutes les paroles désagréables qu'il entend prononcer par le médecin, soit à son endroit, soit à l'endroit des autres.

N'oublions jamais ce fait capital, c'est que, tandis que nous arrivons placides ou préoccupés de choses étrangères au service auprès d'un malade, celui-ci est émotionné par le fait seul de notre présence ; tous les mots, tous les gestés qui émanent de nous sont scrutés avec soin et grande attention, de telle sorte qu'il nous arrive

très fréquemment, trop souvent peut-on dire, que le malade est influencé d'une manière vive par des particularités qui nous paraissent minimes, qui échappent même à notre attention, si nous n'y prenons pas garde d'une manière très précise.

Suivant la profession et l'âge du malade, il est bon de le questionner d'une manière différente, et c'est ainsi par exemple que, si on a affaire à un soldat, à un engagé volontaire, destiné à devenir officier, il est rigoureusement nécessaire de lui dire *vous*, tandis au contraire qu'un matelot des classes, un vieil enfant de la mer, habitué dès le premier âge à vivre sur l'eau, surtout s'il est né sur les côtes de Bretagne, non seulement n'est pas choqué quand on le tutoie, mais encore prend cette familiarité pour une marque de sympathie.

Pour ma part, j'ai l'habitude d'aborder le malade en lui disant une des phrases suivantes : Et nous, comment allons-nous? Qu'est-ce que nous avons, mon ami? D'où venez-vous, mon garçon? — On le voit, je débute d'une manière assez familière et assez bienveillante pour gagner sa confiance au plus vite. — Je fais l'examen du sujet sans affectation, ayant soin de ne pas arriver de suite au phénomène capital de peur d'effrayer le patient, et même au cas où je découvre un signe alarmant, ma figure ne le trahit pas ; bien plus, j'ai l'air de laisser deviner que l'atteinte n'est pas grave. Même alors que je n'en pense pas un mot, je dis volontiers au pauvre diable : allons, mon garçon, tout cela n'est pas grand chose.

Certes, on trouvera que c'est mal de tromper ainsi un pauvre malade, mais quel est le médecin qui m'en fera le reproche? Dans les cas où nous croyons pouvoir pronostiquer la mort à très courte échéance, sommes-nous certains de ne pas nous tromper? et même en admettant que nous ne nous trompions pas, quel bénéfice y a-t-il à augmenter les douleurs physiques d'un pauvre diable par des douleurs morales cuisantes.

Quelle que soit la gravité de l'atteinte, je cherche en quelques mots à faire comprendre et accepter par le sujet la nécessité et l'utilité des moyens thérapeutiques que j'emploie contre son mal, et s'il me fait une demande de boisson, d'aliments, etc , etc., je parais tout disposé à lui faire plaisir même au cas où je refuse, de manière à le bien persuader que c'est uniquement son intérêt qui me guide.

On ne saurait croire le bien que l'on obtient par ces petits moyens qui ne coûtent rien à employer pour celui qui veut y mettre un peu d'attention, et nombre de fois j'ai vu la sévérité d'une atteinte diminuer comme par enchantement à mesure que le malade prenait confiance en moi et se laissait aller à croire ce que je lui disais.

Quand je le revois, c'est-à-dire le soir, le lendemain, quelquefois deux jours après mon premier examen, lorsque je ne veux pas aller trop précipitamment, je regarde sans affectation en m'approchant du lit, le nom et le lieu de naissance de l'intéressé, et souvent je l'aborde en l'appelant comme si son nom était resté dans ma mémoire; cette manière de faire a une influence immense sur bien des pauvres garçons qui se figurent ainsi qu'ils n'ont pas passé indifférents pour moi et qui, par conséquent, espèrent par déduction logique que je me suis préoccupé d'une manière plus spéciale que de coutume de leur cas. — Une autre fois, je trouve moyen de lui parler de son lieu de naissance, de lui demander des renseignements sur sa famille, et il éprouve souvent un moment de bonheur en parlant des siens. Je crois pouvoir dire que tout homme auquel on parle de sa famille, du pays, du passé, dans les colonies, est un individu qui se sent porté d'affection vers son interlocuteur, et la reconnaissance instinctive que le médecin fait naître par cette petite précaution produit les meilleurs résultats par la confiance qui l'entraîne, comme par la détente morale qu'il fait naître.

Il m'est arrivé bien des fois que j'ai échoué par ces petites séductions et que je ne pouvais pas encore faire naître la quiétude d'esprit que je cherchais pour mon malade. Alors j'employais souvent un autre moyen : je profitais de ce que quelque jeune médecin suivait ma visite pour avoir un entretien clinique sur le cas devant lequel nous nous trouvions, et j'avais l'air de faire constater à mon collaborateur l'amélioration survenue dans l'état du malade depuis son entrée. Je parle, dans ce cas, sans avoir l'air de m'apercevoir que le sujet m'écoute, des divers phénomènes qu'il présente, de leur prochaine atténuation, de l'amélioration qui va en résulter et de la guérison que je considère comme certaine. Le pauvre diable qui m'écoute résiste bien rarement à l'illusion du tableau consolant que je fais de l'avenir de la maladie, et plus d'une fois j'ai vu une sensible amélioration en être la conséquence. Ai-je besoin de dire que je ne fais cette conférence clinique que lorsque mon pronostic favorable a des chances de se vérifier ; dans les cas où au contraire je n'aurais que des choses tristes ou décourageantes à dire, je garde le silence pour ne pas tromper inutilement le malade d'un côté et le jeune camarade que j'aurais fourvoyé au lieu de l'aider dans ses investigations.

Il est un autre moyen que j'ai mis aussi bien souvent en pratique et qui m'a plus d'une fois réussi, c'est de me placer sans affectation au pied du lit du malade sur l'esprit duquel je veux agir et là, ayant

l'air de causer avec un de mes aides de son état sans savoir que mes paroles sont entendues, je dis ce que je veux faire croire. Souvent c'est ainsi que j'ai cherché à savoir si un congé de convalescence serait utile à un pauvre nostalgique, car il est de ces braves enfants qui ne croient pas aux bonnes paroles qu'on leur dit et qui se laissent aller, malgré tous les efforts qu'on peut faire, à un découragement mortel. Dans ces cas, je m'arrête à portée convenable, et après avoir parlé de diverses choses, je dis par exemple : ah! songeons à faire la liste de ceux qui partiront en convalescence par le prochain navire pour France et que nous renvoyons dans leur famille, j'énumère alors à demi-voix divers noms et entre autres le sien, de manière à ce qu'il m'entende. Aussitôt j'appelle le sujet par son nom, je lui demande de quel pays il est, et si je sais quelque chose de ce pays, des habitudes, de la topographie des environs, de quelque détail enfin qui me permette de soutenir la conversation avec intérêt pour mon pauvre diable, je n'en perds pas l'occasion. Je lui demande ensuite s'il a de la famille, père, mère, sœurs, frères, parents, etc., etc., et quand le cœur est amolli suffisamment, qu'on me passe le mot, par cette conversation, je me tourne vers lui comme par hasard et je scrute son aspect d'un coup d'œil. Bien des fois des hommes qui étaient restés indifférents à toutes mes avances, à mes promesses, à mes encouragements, sont atteints par cette manœuvre; à la rougeur subite de leur figure, à l'accélération momentanée de leur pouls, à leur émotion, souvent aux larmes qui leur échappent, je devine que j'ai réussi.

Quand je vois un malade rester déprimé et ne pas présenter le consensus de phénomènes qui indique que la santé revient naturellement, vite et bien, j'ai la pensée de la possibilité de la nostalgie; tout ce que j'ai dit jusqu'ici l'indique au lecteur, et alors je cherche d'abord à établir mon diagnostic afin d'employer les moyens thérapeutiques dans la mesure et avec l'opportunité désirables. C'est alors que je choisis mon moment et lui dis : eh ! bien, aurions-nous envie d'aller au pays, voir toute notre famille? Que de fois ai-je vu cette phrase lancée à brûle-pourpoint faire chanceler un pauvre diable. Il résiste, il essaie de cacher son émotion, mais les larmes s'échappent malgré lui, la voix s'arrête dans la gorge, et quelque énergique qu'il soit, quand j'ajoute, eh ! bien, mon ami, prenez courage et guérissez-vous, je vous promets que je vais vous renvoyer dans votre famille et votre pays; le pauvre garçon est brisé d'émotion et ne peut plus me cacher son chagrin d'être loin de ceux qu'il aime.

J'ai la conviction d'avoir guéri ainsi bien des individus que les

remèdes étaient impuissants à remettre sur pied, et peut-être ai-je conservé plus d'une existence que le mal du pays aurait fauchée. Même dans les cas où le moyen a été impuissant, j'ai au moins adouci l'amertume des derniers moments, et j'éprouvais une sorte de contentement à voir un malheureux passer de vie à trépas sans voir venir la mort, parce qu'il était au contraire occupé à songer à ce qu'il ferait en rentrant dans sa famille, confiant dans ma promesse. Ne valait-il pas mieux, même dans ces cas-là, abuser le malheureux plutôt que de le laisser sans défense aux prises avec l'horrible réalité de son sort.

Je reviens à mon exposition. Donc j'ai promis à un malade qu'il va rentrer dans son pays et que je vais l'envoyer dans sa famille ; sans cette assurance il serait allé de mal en pis jusqu'à la mort, tandis au contraire qu'il va désormais entrer en convalescence et que les forces vont revenir. Dans la grande majorité des cas, je l'expédie dès qu'il est assez fort, car je dois dire que si je me suis laissé aller facilement à faire une promesse, je tiens à honneur de ne pas manquer à ma parole. D'ailleurs, qu'on ne s'y trompe pas, si on abusait ainsi sans raison un pauvre nostalgique, on n'aurait pas gagné grand'chose ; dès qu'il s'apercevrait qu'on l'a trompé, il retomberait le plus souvent dans le même état, et cette fois on aurait beau promettre et même décider le retour, il serait trop tard, le remède serait insuffisant.

Mais dans certains cas ce renvoi au pays présente des inconvénients, est impossible même pour telle ou telle raison, et il est difficile alors de trouver un biais pour mener les choses à bien. — Voici des exemples de cette situation : j'ai vu de jeunes soldats ou marins qui venaient d'arriver à la Martinique ayant encore une longue période de service à fournir à l'Etat, et comme leur santé n'était pas bien vigoureuse il était à craindre pour eux, si je les renvoyais en convalescence en France, qu'à l'expiration de trois mois de congé on ne les renvoyât dans une mauvaise colonie, — le Sénégal ou la Cochinchine par exemple. — Ou bien j'avais affaire à un pauvre tuberculeux avancé, breton, normand ou de tel autre pays du nord de la France, et nous nous trouvions au mois d'octobre, de novembre ou de décembre, c'est-à-dire à un moment où la température était infiniment plus agréable et plus convenable à son état à la Martinique qu'en France.

Dans ces conditions la promesse était faite sans hésitation, de manière à arrêter les progrès du mal du pays, et la santé revenait un peu, mais au moment où il aurait fallu partir je prenais l'individu à

part, ayant eu soin de redoubler depuis plusieurs jours de prévenance vis à vis de lui pour capter sa confiance. — Par un raisonnement clair, bien mis à sa portée, je lui présentais la situation telle que je la voyais, lui disant et lui répétant à maintes reprises qu'il n'avait pas à craindre que j'eusse le désir de retirer la promesse que je lui avais faite, mais lui montrant que c'était dans son intérêt que j'agissais. Il m'est arrivé dans ces conditions de réussir souvent, et le sujet avait bénéficié de l'espoir du retour prochain sans avoir quitté la colonie. Mais dans quelques circonstances j'ai vu de pauvres diables me dire les larmes aux yeux : Ma foi non, quoi qu'il puisse en résulter, je veux revoir le pays sans plus tarder. Dans ces cas je n'ai pas hésité, et malgré les conséquences funestes que la décision pouvait avoir, je me basais sur le précepte de l'Evangile : ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît, et comme je sens que si j'étais malade loin du pays je préférerais mourir aussitôt après l'avoir revu que de rester loin quand même, j'ai signé la proposition de congé de convalescence sans hésitation.

Dans ces pages écrites au courant de la plume et sans l'apprêt qui eût été nécessaire pour mettre en saillie tous les arguments dans l'ordre qu'ils doivent avoir, le lecteur aura retenu au moins ceci de ma discussion très imparfaite : c'est qu'il faut tenir grand compte de la nostalgie dans la médecine militaire, et surtout quand on pratique dans les colonies. Je suis persuadé que le médecin qui ne néglige pas cet élément important peut obtenir des résulatats infiniment meilleurs que celui qui le laisse de côté. Aussi ne saurais-je trop recommander à mes successeurs d'en tenir grand compte dans leur pratique coloniale.

Accidents mortels occasionnés par l'ingestion des filaments de Mangot.

Bien que le fait que je vais rapporter soit absolument isolé dans les archives du service de santé de la Martinique, j'ai cru devoir ne pas le passer sous silence. Il trouvera ici sa place, au moins à titre de curiosité ; sans compter que peut-être il ne sera pas inutile quelque jour à un de mes successeurs d'en avoir eu connaissance pour le diagnostic sinon la thérapeutique d'un cas de ce genre, car à la saison l'abondance des fruits appelés mangots est tellement grande que les intempérants en peuvent manger sans aucune retenue.

OBSERVATION XXIII.

Occlusion intestinale par obstruction stercorale. Mort. Autopsie. (Extraits des feuilles de clinique et du cahier d'autopsie de l'hôpital de Saint-Pierre, Martinique.)

Duhantoy (J.-B.), âgé de 24 ans, né dans le Pas-de-Calais, soldat au 4e régiment de marine, à la Martinique depuis dix-huit mois ; sans y avoir été sérieusement malade, entre à l'hôpital militaire de Saint-Pierre le 16 juin 1868, à 7 heures du matin.

Il se dit malade depuis la veille à 10 heures du soir ; il a été pris subitement de coliques, de douleur dans la région épigastrique, de ballonnement du ventre, de nausées. N'a eu que des selles très peu abondantes, difficiles à excréter, bien que de consistance diarrhéique.

A son entrée, il accuse des coliques intenses, accompagnées d'un sentiment de pesanteur douloureuse à l'anus, envies fréquentes et ne pouvant se satisfaire d'aller à la garde-robe, nausées, soif vive, bouche amère, pâteuse ; la peau est légèrement chaude, couverte d'abondantes sueurs ; pouls fréquent ; urines libres.

Infusion de camomille ; frictions épigastriques avec de l'éther sulfurique ; magnésie calcinée et bi-carbonate de soude ; ãã 1 gr. ; potion avec extrait de kina 2 gr. ; sirop de codéin 20 gr. ; madère 100 gr. ; eau 25 gr. ; teinture de musc 10 gouttes ; teinture de castoréum 10 gouttes ; lavements avec poudre de quinquina 8 gr. ; poudre de charbon végétal 8 gr. ; camphre 1 gr. 25 ; eau 2 gr. 20.

A 3 heures du soir, on constate que le développement du ventre est toujours notable ; tension dans la région épigastrique surtout ; sonoréité à la percussion ; douleur à la pression ; la respiration est très gênée par le développement gazeux abdominal. Renouveler le lavement : eau additionnée d'alcool de menthe pour boisson, frictions d'huile camphrée sur le ventre, flanelle.

17 juin. Selles abondantes et boueuses d'aspect, accompagnées d'abondantes émissions de gaz pendant la nuit ; le malade se dit un peu soulagé et respire mieux que la veille, mais l'état de météorisme est peu modifié par ailleurs. Camomille, alternant avec eau alcoolisée à la menthe, pour 15 grammes de magnésie purgative ; mêmes frictions.

A 3 heures du soir, la légère amélioration du matin n'existe plus ; potion avec 125 grammes d'eau édulcorée, 10 gouttes de teinture de musc, 10 gouttes de teinture de castoréum.

18 juin. Pas d'urine depuis 24 heures, nuit sans sommeil, la tympanite est toujours aussi intense ; hoquet ; efforts de vomissements, suivis de rejet de matières bilieuses ; pas de selles ; pouls fréquent et dépressible ; peau moite ; tendance à se refroidir. Bouillon, infusion de menthe, 15 grammes de magnésie ; même potion au musc et au castoréum ; frictions : huile camphrée et flanelle.

A 3 heures du soir, même état de plus en plus grave ; eau alcoolisée à

la menthe ; frictions : huile de camomille ; deux lavements de décoction de quinquina glacée. A mesure que la journée avance la dyspnée est plus intense, le ballonnement du ventre devient plus grand ; pouls petit et misérable ; face pâle ; peau froide.

A 4 heures un quart, le sujet est pris de vomissements bilieux et il succombe à l'asphyxie à 5 heures 15 minutes du soir.

Autopsie faite 19 heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint du sujet : ventre tendu, facies violacé, écume sanguinolente s'échappant par la bouche et les fosses nasales. Teinte violacée de la peau, sur le col, le front et tout le plan dorsal du cadavre.

Crâne. N'a pas été ouvert.

Thorax. Poumons congestionnés, refoulés en haut par le diaphragme ; écume sanguinolente dans les bronches.

Cœur. Cœur droit, contenant un sang non épais, cœur gauche, vide.

Abdomen. La masse intestinale gorgée de liquides ingérés pendant la vie, et énormément distendue par les gaz, est d'une teinte violacée, partant, l'intestin grêle.

L'estomac est refoulé dans l'hypochondre gauche par l'angle correspondant du côlon transverse, il contient peu de liquide. La muqueuse est pâle, celle de l'intestin grêle, finement injectée, paraît être le siège d'une congestion manifeste ; ces organes, comme nous l'avons dit, contiennent des gaz et des liquides ingérés pendant la vie.

Les côlons, à partir du cœcum, présentent une distension considérable, leur diamètre est en moyenne de 15 centimètres et, à leur aspect, on reconnaît que cette dilatation date de longtemps, car les parois de l'intestin sont relativement épaisses, solides et ne présentent point cet amincissement qui résulte de l'accumulation énorme de gaz et de matières qu'on rencontre dans toute cette portion du tube digestif. En ouvrant le gros intestin au milieu d'un amas de boue stercorale, des pelotes de filasse formées par du mangot mangifera, dont cet homme avait dû engloutir une grande quantité. Ces pelottes, au nombre de trois ou quatre occupent l'S iliaque développée en vaste ampoule au-dessus du rectum, elles sont denses et ressemblant à des crottes d'herbivores ; leur volume est celui d'une pêche à peu près, elles sont placées les unes au-dessus des autres et formaient sans doute soupape à la partie supérieure du rectum, de là l'intermittence dans l'expulsion des matières et l'amas, et leur retention ainsi que celle des gaz. La muqueuse des côlons est rougie, congestionnée, leur épithélium enlevé comme s'il avait commencé à y avoir une altération due à la présence prolongée des matières fécales, laissées en différents endroits de la surface interne du gros intestin, de larges plaques ulcérées très légérement.

Le foie est congestionné, sain.

La vessie vide, appliquée contre le pubis.

Les autres organes du ventre ne présentent rien d'insolite.

CHAPITRE XIV

Maladies chirurgicales.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, je ne puis, on le comprend, dire que quelques mots très sommaires d'une infinité de maladies et en passer un très grand nombre sous silence même, devant réserver mes descriptions pour celles que les Européens présentent le plus souvent ou ordinairement à la Martinique; de sorte qu'on me permettra de n'insister que sur un petit nombre de maladies chirurgicales, — les piqûres de serpent, d'araignée de cent pieds, l'agression des parasites cutanés, les bêtes rouges et la chique, le charbon, résultat d'une inoculation virulente par les mouches, — il me faudra aussi dire un mot des bourbouilles, des furoncles et ulcères des pays chauds, bien qu'ils se présentent à la Martinique avec moins de fréquence et moins de sévérité que dans certaines autres localités.

PIQURE DU SERPENT.

La Martinique est une des îles des Antilles qui ont le triste privilége d'avoir des serpents venimeux. C'est un des pays du monde où on parle le plus d'accidents produits par leur agression, et bien qu'il soit impossible dans l'état actuel de nos renseignements de savoir au juste dans quelle proportion ils sont observés, il n'en est pas moins vrai que très probablement elle peut faire concurrence sous ce rapport aux localités les plus mal partagées de l'Inde.

Le serpent de la Martinique appartient au sous-ordre des ophidiens solenoglyphes ou thanatophides, à la famille des crotaliens et au genre bothrops. C'est le trigonocéphale jaune de Cuvier, le fer de lance de Lacépède; il habite la Martinique et Ste-Lucie à l'exclusion de toutes les autres contrées du monde, et cette particularité n'est pas une des choses les moins curieuses de son histoire, car on ne comprend pas pourquoi il ne se trouve pas à la Dominique, qui n'est séparée de la Martinique que par un minime bras de mer de 6 à 8 lieues de large, distance analogue à celle qui sépare la Martinique de Ste-Lucie, et pourquoi aussi on ne le rencontre pas.

Le père Du Tertre raconte dans son livre que le serpent fer de lance ne serait pas originaire de la Martinique, mais y aurait été apporté par les sauvages Arrouages des Guyanes pour nuire aux Caraïbes qui étaient leurs ennemis.

« Il n'est pas hors de propos de rapporter ici l'opinion des sauvages sur cette matière. Quelques-uns d'entre eux m'ont assuré qu'ils tenaient, par tradition très certaine de leurs pères, qu'il venait des Arroüages, nation de la Terre-ferme auxquels les Karaïbes de nos Iles font une très cruelle guerre. Ceux-là, disent-ils, se voyant tourmentez et vexez par les continuelles incursions des nostres, s'avisèrent d'une ruse de guerre non commune, mais extrêmement dommageable et périlleuse à leurs ennemis, car ils amassèrent un grand nombre de serpens, lesquels ils enfermèrent dans des paniers et callebasses, les apportèrent dans l'isle de la Martinique, et là, leur donnèrent la liberté, afin que sans sortir de leur terre ils pussent, par le moyen de ces funestes animaux, leur faire une guerre immortelle. » (Du Tertre, t. 2, p. 103, éd. de St-Pierre-Martinique).

Cette affirmation des sauvages de la Martinique est absolument fausse, car comme on l'a fait remarquer depuis bien longtemps, le bothrops fer de lance n'existe pas dans le pays des Arrouages, il ne pourrait avoir été apporté à la Martinique que de Ste-Lucie, pays habité par ces mêmes caraïbes qui accusaient les étrangers, et il ne faut voir là que la première trace de ces imputations inexactes faites perpétuellement à la Martinique, où on a toujours voulu accuser les autres des imperfections du sol, du climat ou des habitants martiniquais.

A côté de ce que dit le P. Du Tertre, je dois ajouter que l'on a maintes fois répété que les Anglais ont essayé, à diverses reprises, d'introduire le serpent de la Martinique à la Guadeloupe dans le but de nuire aux habitants, et que jamais l'importation n'a réussi. Je suis disposé pour ma part à ne pas croire à cette narration, n'y voyant qu'une manifestation de l'intempérance de langage qu'on constate dans les pays Antilliens quand on essaie d'apprendre quelque chose de la bouche du vulgaire, et suis heureux de voir que M. Rufz, dans sa volumineuse autant que remarquable enquête sur le serpent de la Martinique, n'a pas prêté foi à cette légende.

Dans cette étude que je me propose de faire sur la piqûre du serpent de la Martinique, on me permettra de suivre la marche suivante qui peut mieux qu'une autre, il me semble, nous renseigner en quelques mots sur les principales particularités qu'il est bon de connaître ; à ce sujet je vais faire une description rapide de l'animal et de son appareil à venin.

Je dirai quelques mots sur ce qu'on sait de ses habitudes, de sa manière d'attaquer, de se défendre, etc., etc.

Je fournirai les caractères et la symptomatologie de la piqûre du serpent martiniquais.

J'étudierai ce qu'il faut faire pour le traitement dans les cas où un individu a été blessé de la sorte. Je laisserai naturellement bien des points dans l'ombre en faisant ce travail, mais je n'ai ici qu'à présenter un résumé de la question ; je renvoie le lecteur, pour de plus amples informations, au savant livre de M. Rufz de Lavison auquel j'ai fait de si nombreux emprunts.

1° *Description du serpent de la Martinique.*

Le serpent de la Martinique est très variable de longueur et de volume. Long de quinze à vingt centimètres et ayant moins de un centimètre de diamètre dans le point le plus épais de son corps au moment de sa naissance, il acquiert peu à peu des dimensions beaucoup plus grandes. J'en ai mesuré moi-même un qui avait deux mètres dix centimètres de longueur, et on m'a dit en avoir vu de notablement plus gros ; quant à son diamètre, il varie dans l'âge adulte suivant que le tube intestinal est plus ou moins distendu ; mais même dans l'état de vacuité de ce tube intestinal, j'en ai vu plusieurs qui avaient six centimètres de diamètre dans la portion la plus épaisse. L'aspect général est celui du serpent venimeux, c'est-à-dire qu'au lieu d'être très exactement fusiforme, on voit son corps, resté gros dans la plus grande partie de sa longueur, se terminer brusquement comme si l'arrière-train était atrophié. Sa queue est manifestement petite et non proportionnée au diamètre du restant de l'animal, si on prend pour exemple la couleuvre qui va en s'effilant peu à peu du milieu du corps aux extrémités.

Le cou du serpent de la Martinique est toujours assez rétréci et sa tête relativement volumineuse, aplatie, triangulaire. Quand on voit le serpent de profil, on constate que sa mâchoire supérieure est beaucoup plus épaisse que celle de la couleuvre, de sorte qu'à volume égal d'animal, le serpent peut loger dans sa bouche des dents infiniment plus grosses.

La couleur du serpent de la Martinique est assez variable ; il y en a qui sont appelés *gris*, d'autres qui sont assez bruns pour avoir pu être désignés sous le nom de *noirs*, enfin un certain nombre d'entre eux présentent une belle couleur ocre qui leur a valu la désignation de *jaunes*. M. Rufz de Lavison, dans son remarquable livre sur le bothrops, en distingue sept variétés, à savoir : 1° le serpent gris, qui est

le plus commun; 2° le serpent noir, qui présente deux sous-variétés: le noir à ventre jaune et le noir à ventre rose; 3° le cendré; 4° le lie de vin mélangé de noir et de rose; 5° le jaune laque; 6° le jaune clair ou jaune de fleur; 7° le jaune foncé ou jaune écorce d'arbre. Outre ces variétés, dit-il, on peut reconnaître une autre sous-variété qui se rencontre particulièrement sur le serpent gris et que je désignerai par le nom de *serpents à croissant* ou à *sourcil*. En effet ces derniers présentent deux larges plaques noires elliptiques en forme de sourcils, mais placées en dehors et sur la même ligne que l'œil, je n'ai pas vu d'individu jaune avec cette tache. (Rufz, p. 314.) On s'est beaucoup préoccupé à certains moments de ces couleurs diverses, en demandant si on avait affaire à des espèces ou des variétés différentes, ou bien si le même animal pouvait changer de couleur à tel ou tel moment; mais cette question peut être négligée par nous, et il nous suffit de dire que, quelle que soit la couleur, les autres caractères anatomiques sont semblables, et surtout la léthalité des piqûres est à peu de chose près la même; de sorte que, quelle que soit la teinte du serpent de la Martinique, c'est un très dangereux ennemi pour ceux qui encourent son attaque.

L'appareil à venin du serpent de la Martinique se compose de quatre éléments, d'après la classification de M. Rufz: 1° de la glande ou vésicule à venin et de son conduit; 2° des dents porte-venin appelées crocs ou crochets; 3° du sac qui enveloppe les crochets; 4° du venin. Entrons dans la description que nous empruntons à la savante enquête de notre prédécesseur.

1° *Glande à venin*. Elle se trouve à la partie postéro-latérale de la tête, au point où la joue de l'animal paraît bombée, et elle est enveloppée d'une couche musculaire qui par sa contraction tend à la vider; elle a la forme d'une demi-amande et se termine en avant par le conduit excréteur. La glande à venin se trouve donc entre l'œil et la branche montante du maxillaire, en un mot ce qu'on appelle chez les mammifères la fosse zygomatique.

Je n'entrerai pas dans la description histologique de cette glande qui appartient au groupe des glandes en grappe, et il me suffira de dire que, d'après M. Rufz, il n'y a pas dans l'appareil un réservoir analogue à la vessie dans le système urinaire, à la vésicule biliaire dans l'organe hépatique, le venin reste à mesure de sa sécrétion dans les divers points des canaux excréteurs des acinis glandulaires depuis leur origine jusqu'au canal excréteur qui a, chez un serpent de un mètre cinquante de longueur, le calibre de l'artère radiale humaine.

2° *Crochets ou dents venimeuses*. Ces crochets, qui n'existent qu'à

la mâchoire supérieure, sont spéciaux aux serpents venimeux dans l'échelle zoologique. Ils sont coniques, leur base est implantée dans l'os maxillaire, ils ont la forme d'une corne de bœuf, d'une alène de cordonnier ou d'une aiguille à suture courbée, d'un croissant, suivant la comparaison des auteurs, et présentent sur le milieu environ de leur convexité une ouverture qui est l'orifice d'un canal intérieur venant de la base de la dent et par lequel s'écoule le venin, de sorte qu'en somme le crochet du serpent peut être comparé à un cône courbé en forme de croissant ou de demi-cercle, et creux dans sa partie la plus épaisse. Cette partie épaisse contient même deux cavités ; une conique et sans issue, c'est la loge dans laquelle se trouvent le nerf et les vaisseaux nourriciers de la dent, comme dans toutes les dents simples possibles ; l'autre est un conduit à deux orifices, le conduit du venin.

Les crocs d'un serpent venimeux sont variables chez les divers individus, ils varient de trois à cinq de chaque côté ; mais ils ne sont pas du même calibre et ne servent pas tous au même moment, de sorte qu'on peut très bien les partager, comme l'a fait M. Rufz de Lavison, en trois catégories : A. les crochets en exercice, B. les crochets d'attente, C. les crochets de réserve. Les crochets en exercice sont les plus parfaits naturellement, ils sont arrivés à leur *summum* de développement, et communiquent avec la glande à venin, il y en a un seulement de chaque côté. Les crochets d'attente sont presque parfaits, ils sont seulement un peu moins développés et moins mobiles que les premiers, se trouvant repliés davantage, peut-on dire, vers le maxillaire et attendant la chute des crochets en exercice pour entrer en fonctions. Quant aux crochets de réserve, ce sont des dents en voie de formation et dont la première est assez voisine du volume du crochet d'attente, tandis que la dernière est à peine à l'état de follicule dentaire. D'après M. Rufz, il n'y a jamais que deux crochets qui servent à la fois, et les crocs d'attente ne servent que lorsque ceux qui les précèdent sont tombés ; on comprend cependant que, dans quelques rares circonstances, la morsure ait été faite très près du moment où le croc en exercice allait tomber de vétusté et, par conséquent, que le suivant était assez développé pour jouer déjà son rôle vulnérateur.

3° *Sac qui entoure les cochets.* La gencive du serpent de la Martinique présente un repli assez mobile au-dessous duquel se trouvent les crochets, repli qui fait que toutes les fois que le serpent ouvre la bouche, ses crocs venimeux ne se voient pas, car il les recouvre en partie lorsqu'ils ne sont pas érigés.

La manière dont le conduit excréteur de la glande à venin com-

munique avec la cavité de la dent, a besoin d'être étudiée avec soin pour qu'on se rende compte de deux particularités, à savoir : comment il se fait que le conduit qui s'abouchait dans le croc en exercice vient dans le croc d'attente lorsque la chose est nécessaire; comment il est possible que le venin sorte dans la bouche de l'animal par le pourtour de la dent venimeuse, au lieu de sortir par l'orifice de cette dent. M. Rufz a donné de cette disposition une description qui fixe parfaitement les idées à ce sujet.

4° *Venin.* Le venin du serpent de la Martinique est un liquide légèrement jaunâtre, transparent, ayant la consistance d'une solution de gomme arabique; il a été l'objet d'une infinité de recherches sur lesquelles je n'ai pas à m'appesantir ici, car il nous suffit de dire qu'en sa qualité de fluide animal, sa composition chimique ne nous apprend pas grand'chose, et que malgré sa ressemblance frappante avec d'autres fluides inoffensifs, il présente une léthatité terrible.

2° *Habitudes du serpent de la Martinique.*

Une des premières questions à se poser quand on parle des habitudes du serpent de la Martinique, c'est de savoir où il se tient. Eh bien ! on peut dire qu'on le rencontre un peu partout, depuis les grands bois jusque dans les salons, comme le dit très bien M. Rufz de Lavison. Une des raisons qui me firent penser de bonne heure, lors de mon arrivée à la Martinique, que le serpent est dans toutes les localités indifféremment, c'est que chaque commune prétend que la voisine en a plus qu'elle. C'est ainsi, par exemple, qu'à Fort-de-France on me disait : ici nous en avons quelques-uns, mais au Vauclin ils sont très nombreux; au Vauclin, on prétendait exactement le contraire, et dans plusieurs promenades autour de l'île, j'ai pris le plaisir de me faire donner ainsi des indications variables suivant les lieux, les habitants du nord incriminent le midi, ceux du midi s'estiment très heureux d'en avoir moins que dans le nord, et ainsi de suite à mesure qu'on va d'un point à un autre.

C'est en général dans les halliers, dans les bois, dans les lieux incultes et abandonnés qu'on voit le serpent, vous dit-on généralement, mais cependant on incrimine avec juste raison aussi les champs de cannes qui ne sont ni des halliers, ni des bois, ni des lieux abandonnés — les jardins, les pelouses les mieux soignées en recèlent, et par conséquent on doit les redouter partout — il est probable que les gros serpents se trouvent de préférence dans les lieux retirés, les grands bois par exemple, mais cependant j'en ai vu tuer trois de 2 mètres 10 centimètres qui se trouvaient ensemble dans le plan-

cher d'une barraque en bois à toucher le carénage, c'est-à-dire dans un faubourg de Port-de-France. M. Rufz de Lavison, M. l'abbé Marchési, aumônier de l'hôpital militaire, nous ont assuré qu'on en rencontre assez fréquemment dans les rues des quartiers excentriques de St-Pierre. D'ailleurs il suffit de songer à la manière dont s'alimente le serpent pour se rendre compte des lieux où on peut le rencontrer, et en effet il guette les rats et les souris dans les champs, les lapins et les volailles dans les fermes, les oiseaux sur les branches d'arbre ; aussi se met-il à l'affût sur le bord des sentiers, dans les jardins ; il se cache sous un buisson, il grimpe sur une tonnelle et se dissimule sous les feuilles, il se glisse dans les trous, qui ne manquent pas autour des habitations. Bref, on peut dire qu'à l'exception du centre des villes et des villages, c'est-à-dire là où le bruit et la difficulté de se cacher l'éloignent, il se rencontre partout. On ne le rencontre en général pas dans les appartements du 1er étage, mais à chaque instant on entend dire qu'on en a trouvé un dans une chambre du rez-de-chaussée d'une habitation.

L'on ajoute à cela qu'en sa qualité de chasseur et de chasseur nocturne, le serpent ne reste pas sédentaire, mais explore tour à tour, suivant les hasards de sa chasse, divers endroits : on comprendra qu'il faut réellement faire attention à la possibilité de sa rencontre. Donc en se souvenant que c'est un animal nocturne, on redoublera de prudence et de surveillance la nuit ; et en songeant qu'il dort volontiers où il se trouve, qu'il chasse le jour lorsque ses pérégrinations n'ont pas été productives la nuit, on se tiendra en garde pendant le jour. Assez souvent le serpent se cache sur le bord des sentiers pour guetter les petits animaux qui courent sur l'endroit dénudé qu'on appelle la piste. Donc le promeneur fera bien de ne pas passer sur la pelouse quand il sera avec quelqu'un qui occupe cette piste ; à moins d'être un imprudent, on ne coupera pas à travers champs dans les terrains soit couverts, soit découverts, et dans les jardins, dans les appartements du rez-de-chaussée même on n'enverra jamais soit le pied, soit la main, sans avoir au préalable exploré l'endroit de l'œil.

Les nègres ont un proverbe qui est assez exact, ou qui du moins est utile à conserver en mémoire : serpent vu, serpent mort, disent-ils ; la chose se comprend assez bien ; en effet, l'homme qui voit un serpent peut désormais non seulement se très bien garantir de ses atteintes, mais encore le tuer s'il le veut. A l'exception de quelques très rares cas où l'animal poussé à toute extrémité par le paroxysme de la colère s'élance sur l'homme et l'attaque avec plus ou moins de persistance, on peut dire que le plus souvent la bête est timide et

fait volontiers. La plupart des accidents arrivent de la manière suivante : un individu marche dans un champ et arrive près d'un serpent qui chasse à l'affût; l'animal effrayé se sauve sans bruit et court jusqu'à un endroit où il pense se trouver plus à l'abri, en y arrivant il se met tout aussitôt en défense. Si on l'a vu dans sa fuite, rien n'est facile comme de l'éviter ou même de le tuer, en choisissant le moment et la distance; mais si on ne l'a pas vu et que malheureusement on se dirige sur la bête, au moment où on arrive sans précaution et sans défense sur elle, elle se défend et fond sur ce qu'elle considère comme un agresseur réfléchi, alors que c'est un étranger sans mauvaises intentions à son égard. Si, au contraire, le serpent dort dans un buisson et que le bruit de vos pas le réveille brusquement, il se jette assez volontiers sur vous, ou bien encore si, au moment où il est remisé quelque part, il voit votre main ou votre pied arriver à sa portée, il croit que vous l'attaquez, et il se défend avec son arme terrible. En somme, on le voit, sa timidité ne nous met pas à l'abri de ses atteintes, et le plus sage est de vivre avec une perpétuelle circonspection quand on est à la Martinique, de peur de rencontrer un serpent au moment où on s'y attend le moins.

Comment le serpent de la Martinique blesse-t-il ses victimes ? Telle est une question qu'il faut se poser, car on parle à chaque instant de *piqûre* du serpent, et comme la blessure faite avec les dents s'appelle *morsure*, il semble qu'il y a là ou une incorrection de langage ou une ignorance du mécanisme par lequel le serpent blesse ceux qu'il atteint. Nous avons besoin tout d'abord d'aborder un point secondaire, à savoir comment l'animal doit être placé pour être dangereux. On dit à la Martinique qu'il a besoin d'être *lové*, c'est-à-dire enroulé en partie sur la terre, et que dans cette position il prend son point d'appui sur la partie postérieure de son corps pour s'élancer sur sa proie. On dit aussi que le serpent n'est absolument pas dangereux quand il est rectiligne, et par conséquent qu'on ne doit se méfier de lui que dans la position de combat. La chose est à peu près exacte, dirai-je, mais cependant même alors que le serpent est rectiligne, il peut y avoir danger à l'approcher sans précaution ; je connais en effet un cas où un serpent placé dans cette position rectiligne fut pris par le milieu du corps par un soldat disciplinaire, et dans un temps extraordinairement court il le blessa à l'avant-bras. J'ai voulu refaire l'expérience pour m'assurer de la possibilité de la chose, et prenant un serpent avec des tenailles par le milieu du corps, je l'ai vu souvent se replier vivement et mordre le manche de ces tenailles sans aucune difficulté. Par conséquent je crois qu'il ne faut pas s'en tenir à la position lovée seule, et qu'il est prudent de penser que toutes

les fois qu'il peut prendre un point d'appui, le serpent de la Martinique est dans les conditions suffisantes pour faire usage de ses crochets.

Ceci étant dit, nous ajouterons que, lorsque le serpent blesse un individu, c'est en général par une véritable piqûre qu'il procède, et ce n'est qu'assez exceptionnellement qu'il mord véritablement. Ainsi par exemple, on passe à côté de lui quand il est lové, il se détend avec une rapidité considérable comme un ressort vigoureux; il ouvre la gueule toute grande et redressant ses crochets en même temps, il frappe horizontalement la surface qu'il rencontre; la preuve, c'est que souvent quand on parvient à faire élancer un serpent contre un corps rigide, il se casse les crochets et que les piqûres de serpent qu'on observe sur les hommes ou les animaux sont constituées par deux petites plaies répondant aux crochets en exercice. Ce n'est que lorsque le serpent est excité outre mesure ou bien lorsqu'il frappe un animal avec le désir d'en faire sa nourriture, qu'il rapproche les mâchoires et mord véritablement après avoir piqué. On ne peut pas, je crois, savoir si dans ces cas les crochets agissent ou bien s'ils se replient aussitôt pour ne s'ériger de nouveau que dans une agression ultérieure de l'animal; je serais porté à penser cependant que dans les cas précités le serpent laisse ses crocs dans la plaie pour permettre une plus abondante pénétration du venin pendant tout le temps qu'il sent son ennemi ou sa proie s'agiter sous son étreinte.

3° *Symptomatologie de la piqûre du serpent.*

Il est difficile de tracer la symptomatologie de la piqûre du serpent, si on veut échapper au double danger de rester dans le vague d'une description générale ne donnant qu'une idée confuse de l'accident, ou d'enregistrer comme appartenant à cette piqûre une infinité de symptômes, d'accidents que la crédulité publique lui rattache, alors cependant qu'ils lui sont entièrement étrangers. Néanmoins nous allons essayer d'entreprendre cette étude dans laquelle la difficulté n'est pas d'avoir des documents peut-être, mais consiste surtout à savoir classer les indications qui, suivant qu'elles sont mises en ordre ou présentées conformément, peuvent constituer une description facilement compréhensible ou n'être qu'un amas confus d'assertions disparates et même contradictoires.

La première question qui se pose quand on veut étudier la piqûre du serpent de la Martinique est celle de savoir quelles sont les parties du corps qui y sont les plus exposées. Quand on songe : 1° que le plus souvent le serpent est caché par terre; 2° que les membres

inférieurs sont le plus à sa portée ; 3° que ceux qui sont le plus fréquemment les victimes de l'agression sont des nègres marchant pieds nus, on comprend *a priori* que les membres inférieurs du genou en bas de préférence et souvent les pieds, sont le siège de prédilection de ces piqûres.

D'autre part, il arrive assez fréquemment que le serpent attaque l'homme au moment où celui-ci a la main tendue vers lui, dans l'action de ramasser quelque chose par terre, de cueillir un fruit sur un arbre, d'enfoncer la main dans un trou, de tâter les environs quand on est par exemple dans l'obscurité ; de sorte que le membre supérieur est aussi très exposé à présenter la piqûre qui nous occupe.

Il est notablement plus rare que la piqûre se rencontre à la tête ou au tronc, car ce n'est guère que lorsqu'on subit l'agression pendant le sommeil ou le repos que la piqûre peut porter sur ces régions, et comme c'est surtout, on le comprend, dans une position active et non dans une attitude passive qu'on se trouve le plus souvent au voisinage du bothrops, il est naturel que ces piqûres du tronc et de la tête soient l'exception.

Si on faisait une statistique du siège des piqûres du serpent, on trouverait peut-être que le lieu le plus fréquemment atteint est le voisinage de la cheville du pied, là où le soulier ne garantit plus la peau et où une bête de petite taille peut facilement atteindre en se détendant ; en second lieu viendraient les doigts de la main et les environs du poignet, puis le pied, et enfin on verrait, je crois, la fréquence des atteintes diminuer assez régulièrement à mesure qu'on s'approcherait du tronc, du centre même de l'individu, et par conséquent on voit que la tête, le cou, tout en étant assez rarement attaqués, le sont plus souvent cependant que la partie supérieure du thorax, l'abdomen et la région de l'épigastre ou de la taille.

A cette question du siège des piqûres se joint naturellement celle de la gravité relative suivant le lieu atteint. On a depuis longtemps admis que les piqûres des doigts sont spécialement dangereuses à cause de la multiplicité des nerfs et des vaisseaux absorbants dans le voisinage. Les piqûres de la tête et du cou ont été considérées comme très fréquemment funestes aussi à cause non seulement de ces nerfs et de ces vaisseaux absorbants ; mais aussi parce que le moindre gonflement de ces parties peut gêner plus que partout l'exercice de certaines fonctions très importantes de la vie, la respiration, la déglutition par exemple. Il est incontestable qu'il y a des points où il est plus dangereux d'être atteint, mais cependant je crois qu'il ne faut pas insister bien longuement là-dessus, car quelle que

soit la région, il y a une minime différence du plus au moins; et si quelques rares faits semblent devoir faire admettre que la piqûre de certains points comme l'œil a pu entraîner la mort d'une manière foudroyante ou à peu près, il faut convenir que, quelle que soit la partie atteinte, la gravité a paru être sensiblement la même dans la majorité des cas. Il y a peut-être plus à envisager la quantité du venin, et même la nature de ce venin introduite, que la région qui lui donne passage pour pénétrer dans l'organisme, car, je le répète, s'il semble naturel d'admettre que certaines parties de notre organisme sont plus ou moins bien disposées pour cette absorption, il ne peut s'agir, on le comprend, que d'une différence du plus au moins. Il y a aussi, dit-on, une condition importante dans cette question de la gravité des piqûres, c'est celle de la pusillanimité ou de la force d'âme des intéressés; mais ce n'est pas ici le lieu de parler d'elle, et nous ne nous en occuperons pas pour le moment.

Dans quelles proportions la piqûre du serpent entraîne-t-elle la mort? la question a été diversement résolue. M. Rufz admet le 2 0/0. Pour ma part, je suis disposé à croire à une proportion plus forte et je penche vers le 5 p. 0/0, me basant sur une expérience infiniment moins étendue que celle de mon éminent prédécesseur, il est vrai, mais peut-être parce que j'ai été plus frappé que lui de certains accidents. Mon savant collègue, M. Le Roy de Méricourt a communiqué en juillet 1874 à l'Académie de médecine de très intéressants détails sur la question de la piqûre du bothrops, et il dit entre autres que la proportion des morts varie de 2 au 10 p. 0/0 des atteintes. On voit que mon évaluation se tient exactement dans la moyenne de la sienne qui, je crois, approche beaucoup de la réalité.

Quel est le nombre de piqûres qu'on trouve chez les individus qui ont subi l'agression du serpent? Telle est la question qui se présente aussi de bonne heure à l'esprit. Le plus souvent le serpent ne s'est précipité qu'une fois, et alors c'est une seule double piqûre qui existe, l'on me passe le mot, c'est-à-dire qu'on ne rencontre que deux piqûres très rapprochées; mais dans d'autres cas le serpent s'est jeté à diverses reprises sur sa victime, et alors c'est deux, trois, quatre séries de deux piqûres chacune en présence desquelles on se trouve.

On le voit, et la chose se comprend si bien qu'il serait oiseux d'insister bien longuement: les piqûres vont en général deux par deux comme les crocs de l'animal qui les a produites; et si dans quelques rares circonstances il peut se faire qu'une agression n'a produit qu'une seule piqûre parce que l'animal avait perdu un croc ou qu'une portion de vêtement a efficacement protégé le blessé dans le point

voulu, si dans quelques autres le serpent a blessé au moment où ses crocs supplémentaires étaient juste assez développés pour venir s'implanter à côté des crocs en exercice, il n'en est pas moins vrai que dans la très grande majorité des cas la règle est vérifiée.

Les phénomènes morbides qui résultent de la piqûre du serpent se divisent en deux catégories qu'il faut envisager séparément : A phénomènes locaux, B phénomènes généraux.

A. *Phénomènes locaux.*

La piqûre du serpent est en général assez douloureuse tout d'abord, quoique le nombre de cas où une agression est restée inaperçue par l'intéressé soit assez grand, et d'ailleurs on comprend que, même en l'absence d'une douleur spéciale développée par le venin, une piqûre qui va de deux millimètres à deux ou quatre centimètres de profondeur dans nos tissus doit être assez douloureuse par elle-même.

Qu'elle ait suivi instantanément la piqûre ou bien qu'elle se soit développée peu après, la douleur de la piqûre venimeuse a pour caractère d'être vive, cuisante, d'aller en augmentant d'intensité, de s'irradier dans les environs de la partie blessée et de fournir des élancements pénibles. En même temps que la douleur s'accroît, la partie se gonfle, s'engorge, et alors à mesure que le gonflement est plus fort, la douleur diminue ou cesse même pour faire place à un engourdissement pénible de toute la partie blessée, engourdissement accompagné de diminution et même parfois d'abolition de la sensation du contact.

Dès que les crocs du serpent sont sortis de la peau, les piqûres sont indiquées par une petite gouttelette de sang, de telle sorte qu'on peut assez bien en général les reconnaître ; mais dans nombre de cas elles laissent assez peu de traces pour qu'il soit nécessaire de les chercher avec quelque attention dans les premiers moments. On comprend, quand on a vu combien elles peuvent se dissimuler parfois, la recommandation que font les nègres de frotter avec un citron coupé en deux la région soupçonnée pour rendre ces piqûres plus apparentes en cas de doute, le jus de citron a en effet la propriété de faire un peu saigner les piqûres et de faire ainsi cesser toute hésitation.

Lorsqu'il s'est écoulé un certain temps depuis la piqûre et que la tuméfaction a pris une certaine intensité, la trace des crocs est d'autant plus apparente qu'elle laisse non seulement sourdre un peu de sérosité sanguinolente, mais encore qu'elle s'entoure volontiers d'un

petit cercle enchymotique révélateur. Ces piqûres peuvent s'enflammer, tourner à la suppuration, devenir même le foyer d'une suppuration limitée. On cite dans cet ordre d'idées le fait d'un abcès contenant un fragment de eroc cassé dans les chairs au moment de la blessure; mais il faut savoir que c'est l'extrême exception, et, quelle que soit par ailleurs la suite de l'agression du serpent, les petites plaies qu'il a faites guérissent en général assez rapidement et assez simplement, à moins de se trouver englobées dans un travail morbide qui est étendu à tout le voisinage et non limité à elles seules.

A mesure que le gonflement de la région augmente, on voit la partie blessée prendre une couleur livide de mauvais caractère, c'est une apparence diaprée d'ecchymoses et de portions pâles. Avec cela des phlyctènes remplies de sérosité roussâtre se développent cà et là dans les environs des piqûres, et, arrivé à ce point, l'accident ne saurait passer inaperçu pour le plus indifférent, même au cas où des phénomènes generaux ne viendraient pas appeler l'attention et compliquer la scène par ailleurs.

Le gonflement qui succède à la piqure du serpent a quelque chose d'assez caractéristique : c'est d'une part la cessation brusque aux points où il se termine, de sorte qu'au lieu de se fondre peu à peu jusqu'aux portions saines, il semble s'arrêter à une zone bien tranchée; d'autre part il est accompagné d'un abaissement notable de la température de la région, de sorte qu'on peut dire avec raison qu'il est bien évidemment le résultat du venin et non celui de la réaction inflammatoire.

Dans les cas les plus favorables, on voit ce gonflement se résoudre peu à peu et la région reprendre son apparence normale plus ou moins vite. Dans les autres, au contraire, ce gonflement n'est que le prélude d'un état gangreneux qui s'étendra plus ou moins loin, plus ou moins profondément, suivant mille facteurs et qui peut aller depuis les escharres assez limitées en surface et en profondeur jusqu'au sphacèle de la région et la destruction plus ou moins complète jusqu'à des distances parfois considérables.

Phénomènes généraux.

Les phénomènes généraux de la piqûre du serpent sont extrêmement variables; il suffit de dire que dans certains cas ils sont absolument nuls, que dans d'autres, au contraire, ils présentent un ensemble effrayant par leur intensité, leur variété et leur gravité, pour qu'on voie du premier coup d'œil qu'ils peuvent, suivant les in-

dividus et mille conditions plus difficiles à énumérer qu'à comprendre, aller de rien à tout, qu'on me passe la locution.

On a dit qu'il y a une sorte d'antagonisme entre les accidents locaux et les généraux; la chose semble assez rationnelle *a priori* quand on songe que quelques individus ont succombé en peu d'heures alors que les désordres locaux paraissaient insignifiants, tandis que d'autres qui sont survenus ont présenté des gangrènes, des sphacèles, des paralysies, des atrophies locales plus ou moins remarquables. Cependant il faut convenir qu'en ceci comme pour mille points de la question, il est bien difficile de se faire une idée d'après les récits qu'on entend faire à chaque pas à la Martinique, car rien ne prouve que, lorsque la mort est survenue rapidement, elle n'ait pas tranché prématurément une évolution de phénomènes locaux qui aurait été très grave et très chargée; d'autre part, que les individus qui ont présenté des accidents locaux plus ou moins développés n'ont pas subi l'action générale du poison d'une manière aussi intense et aussi dangereuse que les autres.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on examine les divers accidents présentés par les individus qui ont été piqués par le serpent, on voit que ces individus peuvent se ranger dans un certain nombre de catégories que nous fixerons, d'une manière tout arbitraire, à quatre. C'est ainsi, par exemple, que : 1° les uns succombent d'une manière si rapide qu'on peut l'appeler presque subite, et sans que les accidents aient eu, pour ainsi dire, le temps de se manifester aux yeux de l'observateur ; 2° les autres présentent des accidents variés, à marche rapide, pouvant entraîner la mort dans un espace de temps variable d'un jour à une ou deux semaines ; 3° une certaine partie de ceux de la seconde catégorie, et c'est naturellement ceux qui guérissent, ne conservent que le souvenir du danger qu'ils ont couru, sans présenter aucun reliquat morbide de quelque importance de la piqûre ; 4° au contraire, un certain nombre de ceux qui ont guéri portent des lésions, des altérations diverses, qui reconnaissent pour cause l'agression primitive du bothrops.

Je ne défendrai pas cette classification d'une manière bien énergique, au contraire, je suis le premier à reconnaître qu'elle est très imparfaite, et je ne me suis arrêté à elle que parce qu'elle m'a paru permettre de passer assez bien en revue la longue série de phénomènes morbides qui reconnaissent la piqûre du serpent pour cause ; il va sans dire que je serai le premier à en adopter une autre, le jour où quelqu'un de plus heureux que moi aura proposé un moyen plus commode de les étudier.

A. *Cas où les individus piqués par le serpent meurent subitement ou à peu près.*

On cite à la Martinique un certain nombre de cas de ce genre, et M. Rufz de Lavison en rapporte deux qu'il a empruntés à M. Blot. J'avoue que je n'ai pas d'opinion arrêtée sur ces faits que j'enregistre sans chercher ni à les discuter, ni à les expliquer, soit par l'intensité de l'empoisonnement, soit par l'intervention de phénomènes étrangers à la piqûre, la frayeur, par exemple; il faut appeler de nouvelles observations assez complètes pour fixer les idées à ce sujet.

B. *Cas dans lesquels les phénomènes généraux se présentent dans l'ordre, avec la marche et l'intensité qu'on peut appeler ordinaires.*

Quand un temps plus ou moins long s'est écoulé après la piqûre, et ordinairement une demi-heure, une heure, une heure et demie après sa production, le sujet commence à éprouver un sentiment de faiblesse assez accentué, une angoisse de plus en plus grande, un sentiment de frayeur, un malaise général, en un mot les caractères ordinaires d'une dépression accentuée de l'organisme. Avec cela, la bouche se remplit de salive, des nausées se manifestent, en même temps qu'un sentiment de constriction du thorax, et bientôt d'une dyspnée fatigante; pendant ce temps la température générale s'abaisse à la périphérie, le pouls se concentre, bat tumultueusement, devient inégal, même dans les cas les plus graves, et bientôt il semble à chaque instant au malheureux qu'il va s'évanouir.

Chez quelques-uns, ce sont des vomissements qui prédominent parmi les phénomènes qui se passent dans le tube digestif; chez d'autres, ce sont des vomissements et des selles; chez quelques rares individus on a noté des douleurs épigastriques et intestinales violentes. Mais il est fort probable qu'on a confondu là des symptômes étrangers à la piqûre; car, dans la majorité des cas, ces douleurs sont très supportables; elles n'existent même pas bien souvent. On sait par la notoriété que plus le danger est grand plus le malade est plongé dans un état de stupeur organique. Les gens qui ont vu beaucoup d'accidents disent bien que ceux qui souffrent le plus ne sont pas les plus dangereusement frappés.

La bouche est sèche, la langue est rouge et tuméfiée parfois au point de remplir la bouche d'une manière gênante; le malheureux est dévoré d'une soif inextinguible et d'autant plus pénible que l'ingurgitation d'un liquide provoque ou accroît les nausées et les

vomissements. Le facies est pâle, exprime la terreur et la dépression, la peau est froide, se couvre d'une sueur visqueuse, les urines diminuent et s'arrêtent même dans quelques cas où le sujet a l'aspect d'un cholérique, à la dernière période. Dans quelques circonstances on a noté une teinte ictérique plus ou moins accentuée de la peau et on a même appelé l'attention sur ce fait, le rapprochant de l'ictère de la fièvre jaune; mais c'est tout à fait une pure coïncidence; car en Europe, dans l'Inde, c'est-à-dire dans des pays où la fièvre jaune est inconnue, on a vu l'ictère survenir avec plus ou moins d'intensité et plus ou moins de fréquence chez les individus piqués par les serpents vénimeux.

L'intelligence ne subit d'abord pas une atteinte bien remarquable, mais bientôt, dans l'intervalle des nausées et des déjections alvines, il y a une tendance morbide au sommeil, un état de subdélirium dans lequel la frayeur prédomine, alterne avec un assoupissement, qui va presque jusqu'au coma, et pendant que les autres fonctions se dépriment, celles du cerveau suivent une marche parallèle, aboutissant comme elles à l'abolition de la vie. Nombre de sujets tombent de bonne heure dans un état de collapsus, qui fait qu'ils restent indifférents à tout ce qui les entoure et qu'ils passent de vie à trépas sans s'en apercevoir.

On comprend facilement que, dans les conditions que nous venons de spécifier, on voie tantôt le pouls devenir de plus en plus irrégulier et la mort se produire par un arrêt du cœur, qui semble avoir perdu la propriété de battre avec son rhythme si égal pendant la santé; tantôt, au contraire, une congestion pulmonaire se manifeste et mène le sujet à la mort par l'asphyxie graduelle, ou bien, au contraire, c'est une sorte de paralysie, d'inertie ou de constriction de la glotte, qui arrête mécaniquement la respiration d'une manière brusque. Chez les animaux en expérience, c'est même ce dernier mécanisme qui termine ordinairement la scène, et c'est au point que Brainard, de Chicago, a eu l'idée de pratiquer sur eux la trachéotomie; mais il n'a fait que retarder de peu de temps l'issue funeste, preuve que ce phénomène n'est, en définitive, qu'une manifestation très secondaire d'un tout que la trachéotomie ne saurait atteindre.

Dans quelques cas, le danger n'est pas passé, malgré la cessation plus ou moins rapide des accidents primitifs, et on a signalé des faits dans lesquels après trois, quatre, huit jours de maladie, et alors que le sujet paraissait en bonne voie de guérison, une syncope mortelle survenait. La chose est affirmée par des autorités assez acceptables pour ne pouvoir être révoquée en doute d'une manière systématique; mais cependant nous ne pouvons nous défendre du

regret de n'avoir pas vu la citation de ces cas insolites, être accompagnée d'une description détaillée des phénomènes et d'une autopsie, qui auraient, sans doute, fait cesser toute hésitation sur la relation de cause à effet.

Un autre accident qui est signalé, et celui-ci un assez grand nombre de fois pour qu'il soit impossible de ne pas l'accepter, au moins en grande partie, c'est la tendance qu'ont certains individus piqués, à la pneumonie. Pour ma part, je connais plusieurs observations dans lesquelles la mort a eu lieu de cette manière.

M. Rufz de Lavison se demande, avec grande raison, si c'est une véritable pneumonie et si on n'a pas affaire, dans ces cas, à une affection tenant autant à la congestion pulmonaire qu'à la phlegmasie. Mais on connaît dans assez d'autres empoisonnements cette localisation des accidents sur l'organe respiratoire, pour pouvoir l'admettre par analogie dans le cas présent. Je suis, pour ma part, plus disposé à me rallier à cette cause plutôt que d'admettre, comme on a essayé de le faire prévaloir, que la pneumonie observée dans ces c a sn'est qu'un accident éventuel de refroidissement du sujet; accident survenant d'autant plus facilement et plus fréquemment que le traitement des panseurs introduit dans le corps du patient des substances très excitantes, et prescrit de l'entourer d'une atmosphère très élevée ; c'est-à-dire fait que trop fréquemment le malheureux s'expose intempestivement à un courant d'air, pendant qu'il est en transpiration excessive. En dehors de ces cas, c'est plutôt la congestion pulmonaire que la véritable phlegmasie parenchymateuse qui est observée, je crois.

La piqûre du serpent n'est pas toujours mortelle, heureusement, de sorte qu'on ne voit pas toujours la gamme entière des phénomènes que nous avons énumérés se présenter, et d'ailleurs nous ne saurions manquer de rappeler que cette gamme est l'ensemble des symptômes observés, c'est-à-dire l'énumération nosologique et non pas ce que présente chaque cas clinique en particulier. Pour la piqûre du serpent, comme pour tant d'autres atteintes, l'adage : il n'y a pas de maladies il n'y a que des malades, est toujours parfaitement vrai. Chez les uns, on ne voit que certains de ces phénomènes se présenter ; chez d'autres, au contraire, on les rencontre presque tous. Dans les cas les plus fâcheux, on voit les accidents s'accentuer et devenir de plus en plus sévères jusqu'à la mort, tandis, au contraire, que, dans un certain nombre d'autres, la vie étant plus tenace ou l'empoisonnement moins puissant, on constate une diminution graduelle de ces phénomènes morbides, et l'existence du blessé sort victorieuse de la terrible épreuve qu'elle vient de subir.

3° *Cas où l'on guérit sans conserver de reliquat morbide de quelque importance.* Ceux-ci sont certainement les plus heureux ; ce sont, on le comprend, ceux dans lesquels le *consensus* entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux a été assez bien pondéré pour que l'atteinte ait évolué dans les meilleures conditions pour la guérison. Dans ces cas, on voit le gonflement local se dissiper peu à peu et sans tourner à la suppuration ou à la gangrène. La douleur, l'œdème disparaissent et bientôt il ne reste plus localement que des traces insignifiantes de cette terrible agression. Du côté des phénomènes généraux, on voit une amélioration se manifester et cette amélioration a pour caractères le retour graduel au fonctionnement physiologique des organes qui avaient été si durement impressionnés. Un des premiers signes de l'amélioration est l'élévation de la température périphérique ; la sueur froide et visqueuse disparaît pour faire place à une transpiration halitueuse qui, quelques fois, a une abondance qui l'a faite considérer comme critique par quelques observateurs. De son côté, la circulation s'est régularisée, l'ondée sanguine court plus franchement dans les artères, son passage dans les capillaires s'accélère et se régularise, la congestion veineuse diminue et le rythme du cœur reprend ses qualités habituelles. Les phénomènes du tube digestif reviennent, eux aussi, au fonctionnement physiologique, tandis que le système nerveux rentre graduellement dans ses manifestations normales.

On le comprend, ces cas sont, comme je l'ai dit tantôt, les plus heureux ; mais, quelque fréquents qu'ils soient, ils sont trop rares encore, malheureusement, relativement au nombre des cas où la mort survient, et à ceux où de tristes reliquats imposent au sujet le souvenir perpétuel de son accident.

4° *Cas où il reste des lésions ou des troubles fonctionnels, qu'on peut attribuer à la piqûre.* Ces cas peuvent naturellement se ranger en deux catégories : A. Ceux dans lesquels les lésions et troubles fonctionnels dépendent des accidents locaux et ceux qui ont pour origine les accidents généraux présentés par le malade.

Dans les premiers se rangent les atrophies, les paralysies, résultant de sphacèles de suppurations prolongées, ayant détruit plus ou moins les organes chargés d'assurer le fonctionnement régulier d'un membre, et ce sont, pourrait-on dire, des reliquats de nature mécanique, tandis que les autres pourraient être appelés de nature dynamique, faisant allusion au trouble nerveux central qui en a été la première expression.

Nous n'énumérerons pas les accidents qui peuvent se rencontrer dans la première catégorie, et, en effet, il faudrait pour cela passer

en revue toutes les régions du corps d'une part; d'autre part, indiquer toutes les combinaisons possibles d'accidents qui ont pu se présenter, de sorte qu'il suffit de les signaler sans avoir besoin d'entrer dans plus de détails à ce sujet. Quant aux autres, nous dirons qu'on a signalé de très nombreux accidents imputables à la morsure du serpent, mais nous devons reconnaître que la crédulité du vulgaire a attribué à cette piqûre du serpent mille et mille maladies qui lui étaient absolument étrangères; je n'en donnerai pour preuve que quelques rares faits que je relève entre mille. Un créole, âgé de 60 ans, est piqué par un serpent à la main gauche, un pansement méthodique est fait et le sujet n'éprouva aucun accident; il put se croire guéri, quand au bout de peu de temps il éprouva au gros orteil du pied droit une douleur intolérable, une plaie venimeuse se déclara, résista à tous les remèdes, la gangrène s'y mit et la mort survint. On conviendra qu'il faudrait se payer de raisons peu concluantes pour accepter aveuglément ces rapprochements, quand on songe qu'un vieillard est souvent diabétique, par exemple, et que le créole en question pourrait bien avoir succombé à une gangrène de cette nature, tout à fait étrangère on le voit à la piqûre du serpent.

On a cité des paralysies, et ajoutons les paralysies les plus diverses, comme suite possible de la piqûre du serpent; c'est ainsi que les uns ont signalé l'amaurose, d'autres le mutisme, quelques-uns l'hémiplégie, d'autres la paraplégie, d'aucuns une paralysie de telle région du bras ou de la jambe; on cite aussi des cas de névralgie. J'ai entendu même un créole m'assurer qu'il connaissait deux cas de développement d'un éléphantiasis du membre inférieur à la suite de la piqûre du serpent. Je ne révoquerai pas en doute ces diverses assertions d'une manière absolue; on comprend trop bien qu'à la suite d'une agression aussi violente, l'organisme ait éprouvé un immense ébranlement se traduisant par des troubles les plus divers, mais je ferai remarquer seulement que la relation de cause à effet n'a pas été encore établie d'une manière assez précise et assez sévère pour que nous ne puissions craindre que, plus d'une fois, il y a eu pure coïncidence, et que l'on s'est hâté de dire : *Post hoc, ergo propter hoc.* Par conséquent, une étude plus approfondie de la question est nécessaire encore, et jusque-là nous ne pouvons signaler ces faits, si extraordinaires, sans faire les plus grandes réserves, car je suis persuadé que l'observation rigoureuse diminuera considérablement le nombre et la variété de ces accidents tardifs, qu'on attribue à la piqûre du serpent.

Diagnostic.

Nous n'avons pas grand'chose à dire touchant le diagnostic de la piqûre du serpent, car, dans l'immense majorité des cas, la victime ayant vu l'animal au moment de sa blessure, il n'y a aucun doute à avoir, et ce diagnostic est fait *ipso facto*. Mais cependant, dans quelques rares circonstances, comme la piqûre sur un tout petit enfant ou pendant le sommeil, il pourrait y avoir quelques doutes un instant, et il suffira, dans ce cas, de voir survenir des accidents généraux graves en même temps qu'un gonflement local inquiétant, pour que l'esprit soit tendu vers la possibilité de la piqûre qui nous intéresse.

On sait que les très jeunes serpents attaquent aussi bien que les gros, et comme leur venin est moins actif chez l'homme, soit à cause de sa petite quantité, soït même à cause de sa moindre venimosité, il arrive souvent que les accidents produits par ce genre de piqûre peuvent laisser l'esprit indécis un moment, si l'animal n'a pas été vu au moment où il attaquait le sujet. En présence donc d'un gonflement modéré ou plus lent à évoluer et d'un commencement de troubles généraux, on peut se demander parfois si on a affaire à une piqûre de serpent, à la morsure d'un scolopendre (bête à cent pieds), à la piqûre d'un scorpion ou d'une araignée. La piqûre de ces derniers animaux est unique, et, comme celle du serpent est double, on a de suite un très bon indice; quant à la morsure du scolopendre, elle est double, elle aussi, et par conséquent plus difficile à différencier; mais dans ce dernier cas on peut puiser une excellente indication dans la pondération qu'il y a entre les accidents locaux et les généraux, et la nature même de ces derniers; car dans le cas de piqûre du scolopendre l'inflammation locale est plus vive, plus franche, qu'on me passe le mot, et les accidents généraux sont de nature hypersthénique au lieu d'être le résultat d'une dépression extrême. En effet, le membre mordu par un scolopendre est comme atteint d'un gonflement phlegmoneux et le sujet éprouve les symptômes d'un accès de fièvre plus ou moins violent, or, rien d'analogue ne se rencontre dans la piqûre du serpent venimeux.

J'emprunte à la thèse d'un de mes collaborateurs de la Martinique, M. Encognère, enlevé à la médecine navale par la sévérité du climat tropical, le tableau du diagnostic différentiel de la piqûre d'un petit serpent et d'une morsure de bête à mille pattes, et celui d'une piqûre du serpent et du phlegmon, suite d'une piqûre quelconque.

Tableau du diagnostic différentiel de la piqûre d'un petit serpent et de la morsure d'un scolopendre.

SERPENT.	SCOLOPENDRE.
En général deux petites plaies faites par les crochets.	Quatre petites plaies faites par les pieds mâchoires.
Douleur très vive, bientôt engourdissement (cependant la douleur peut quelquefois être nulle).	Douleur brûlante, puis prurit désagréable (la douleur ne passe jamais inaperçue).
Gonflement rapide sans chaleur de la peau.	Gonflement moins marqué, avec chaleur âcre de la peau.
Cercle livide autour des piqûres.	Cercle rouge, inflammatoire autour des piqûres.
Quelquefois insensibilité et refroidissement de tout le membre.	Ordinairement hypéresthésie et élévation de la température de tout le membre.
Le plus souvent peu de mouvement fébrile; prostration des forces, assoupissement.	Presque toujours fièvre, même assez intense chez les enfants, exaltation des fonctions vitales, parfois convulsions.

Tableau différentiel de la piqûre du serpent et du phlegmon, suite de piqûre.

PIQURE DU SERPENT.	PHLEGMON.
En général deux plaies faites par les crochets.	En général une seule faite par instrument piquant.
Douleur. } *Ut supra.*	Douleur faible au début, puis aiguë, lancinante.
Gonflement. } *Ut supra.*	Gonflement moins prompt avec chaleur brûlante de la peau.
Coloration. } *Ut supra.*	Coloration rouge inflammatoire des téguments.
Quelquefois insensibilité et refroidissement de tout le membre.	Quelquefois exagération de la sensibilité et élévation de température de tout le membre.
Le mouvement fébrile est rare et peu marqué.	Le mouvement fébrile est fréquent et parfois intense.
Prostration des forces, assoupissement, coma plus ou moins profond.	Exaltation des actions vitales, quelquefois ataxie; délire plus ou moins violent.

Pronostic.

Le pronostic d'une piqûre de serpent est toujours grave, l'expérience a appris que la mort ou des accidents plus ou moins terribles,

le plus souvent très sévères, sont la conséquence fréquente de l'agression du bothrops. Ceux qui ont cherché à savoir, d'une manière précise, la fréquence des accidents à la Martinique, sont arrivés à des chiffres très différents, et cela parce qu'ils ont été obligés de faire des suppositions au lieu de puiser aux archives des chiffres précis. Il faut dire que, dans cet étrange pays, on voit à chaque instant les choses les plus extraordinaires, et, pour ce qui regarde la piqûre du serpent, n'est-il pas remarquable que pour des raisons qui semblent absurdes à celui qui réfléchit un peu, on ne puisse savoir la vérité? Je n'en donnerai qu'un exemple entre mille : Depuis vingt ans, quarante peut-être, toutes les municipalités de l'île doivent envoyer au médecin en chef, à des dates fixées, un état du nombre des piqûres de serpent survenues dans leur ressort, etc.; cet état est partagé en diverses colonnes pour l'indication du sexe, de l'âge, etc., de la victime des accidents développés, etc. Eh bien! en parcourant le volumineux dossier formé par ces états, je n'ai pas trouvé une seule déclaration, toujours le mot néant était le seul qui frappât mes yeux. J'ajouterai que, dans une commune où je passai par hasard peu de jours après avoir reçu un état de ce genre, on me raconta que, dans l'espace de temps qu'il comprenait, trois personnes avaient succombé à la piqûre du serpent. On m'a dit que cette obstination à mettre néant sur les états, provient d'une sorte d'amour-propre local; personne ne veut convenir que des accidents se sont produits dans son quartier, de peur d'y jeter une certaine défaveur. Cette raison paraîtra assurément absurde au lecteur, mais qu'il ne se hâte pas de s'étonner, car à la Martinique on voit à chaque pas des choses bien plus étonnantes dans tous les ordres d'idées possibles.

Donc, à notre grand regret, nous n'avons pas de chiffre précis et nous en sommes réduits aux estimations d'observateurs qui n'ont pas eu les éléments d'une bonne appréciation des proportions. C'est pour cela qu'on compte de 25 à 100 personnes mortes par an par l'agression du serpent, et comme la population de l'ile est de cent dix mille âmes à peu près, c'est le 0,025 ou le 0,1 pour cent.

Je suis pour ma part assez disposé à croire que le chiffre varie entre 50 et 60 personnes, par an, pour la raison qu'à Sainte-Lucie les chiffres accusés sont de 0,06 pour cent, et comme les deux îles, d'ailleurs très-voisines, se ressemblent beaucoup, il est probable que le danger couru par les habitants y est le même.

Nous avons admis, précédemment, qu'il y a cent piqûres pour une mort, nous en concluons par conséquent qu'il y a de 500 à 2,000 personnes atteintes par le bothrops lancéolé chaque année. Ce chif-

fre, quelque élevé qu'il soit, ne me paraît pas excessif; et si j'en crois mon impression, à défaut d'indications précises qu'il m'a été impossible de trouver, je crois qu'il approche assez de la réalité.

Traitement.

En présence d'un accident qui survient si fréquemment et qui entraîne si souvent soit la mort, soit des accidents plus ou moins graves, on est disposé *à priori* à penser que la question du traitement est une chose importante et la première pensée qui vient à l'esprit c'est que les blessés devraient se hâter de recourir aux soins d'un médecin éclairé, car il est logique d'admettre que, suivant que les progrès du mal sont combattus avec plus ou moins d'habileté, les conséquences sont très différentes. Eh bien ! dans ce pays extraordinaire à tant de titres, croira-t-on que les hommes de l'art ne sont jamais consultés et que, quel que soit le rang de l'individu atteint dans la société, il se hâte d'appeler *un panseur,* vieux nègre ou mulâtre qui est autant un sorcier qu'un rebouteur, et qui emploie les moyens les plus baroques, les plus dangereux, les plus inefficaces, sans contrôle, comme sans que jamais la science soit mise en contestation.

Si j'écrivais pour les créoles, je n'aurais donc pas à continuer ici mon étude, mais comme j'ai à m'occuper de l'existence de nos compatriotes militaires et marins exposés par les obligations du service, ou les hasards de la vie, à aller dans un pays où le serpent pullule et où un accident est à craindre pour eux et que les militaires et les marins sont dirigés sur les hôpitaux dès qu'ils sont malades, à un titre quelconque, j'indiquerai à mes successeurs les moyens que je crois les plus capables de donner de bons résultats, dans le cas de la piqûre du serpent.

Avant d'entrer dans le détail du traitement qu'il faut appliquer à la piqûre du serpent, disons un mot des *manœuvres* des panseurs du pays, et pour cela je crois que le mieux est de reproduire le passage même de la thèse d'Encognère, qui a résumé très bien ce détail :

« Ces remèdes et ces pansements ne varient pas beaucoup entre eux. Le fond est le même partout, c'est-à-dire le tafia mêlé au suc de certaines plantes, tantôt chaudes, excitantes, ou chaudes diffusibles; d'autres fois, astringentes ou bien émollientes, stupéfiantes, antispasmodiques. Nous croyons qu'au fond toute l'action revient au tafia, tant la quantité en est comparativement considérable.

« Le pansement des piqûres consiste en incisions, par lesquelles on agrandit les plaies, dans le double but de produire un écoulement de sang

qui entraînerait en même temps le venin et de porter des caustiques jusqu'au fond des piqûres ; on fait aussi des scarifications plus ou moins nombreuses sur les parties tuméfiées autour des plaies, et des frictions plus ou moins fréquentes sur tout le membre avec le tafia diversement préparé.

« Lorsque le pansement est terminé, on donne ordinairement aux malades une tisane composée généralement avec les plantes qui entrent dans la préparation du tafia. Mais ici il existe une grande divergence parmi les panseurs. Les uns, en effet, ne permettent de boire que fort peu, prétendant que les liquides sont contraires au mal ; les autres gorgent les blessés de boissons afin de chasser le venin *par les pores* avec la sueur.

« Les idées sur lesquelles reposent ce pansement et cette médication sont, à notre avis (Encognère), très justes et fort saines ; mais l'application thérapeutique n'est malheureusement presque toujours dirigée que par un empirisme aveugle. Ainsi, dans le pansement externe, le plus souvent les incisions sont insuffisantes, n'allant pas jusqu'au fond des plaies les scarifications des parties tuméfiées sont inutilles, nuisibles. Les topiques plus ou moins excitants qu'on place sur ces plaies saignantes et qu'on y maintient plus ou moins longtemps, produisent de mauvais effets et peuvent bien souvent être regardés comme la cause des ulcères qui succèdent aux piqûres. Enfin, nous ne craignons pas de dire que parfois la gangrène n'est malheureusement que le résultat d'une ligature trop serrée au-dessus des plaies.

« Quant au traitement à l'intérieur, nous ne saurions trop nous élever contre ces breuvages incendiaires et administrés à des doses énormes : mélanges de tafia et de substances les plus irritantes, comme piments, poivre de Guinée, ail pilé, poudre, etc., etc., des quantités effrayantes d'ammoniaque ; trop souvent, hélas ! ces remèdes font autant et plus de mal que les piqûres. »

Après avoir parlé des remèdes des rebouteurs, voyons ce qu'il y a à faire quand on veut soigner un malade d'une manière rationnelle, et pour cela nous devons nous demander quelles sont les indications qui se présentent à l'esprit en présence d'une piqûre de serpent? Elles sont au nombre de deux :

1° S'opposer à l'absorption du venin ;

2° Combattre les effets du venin absorbé déjà.

Ces indications sont remplies et par le traitement local et par le traitement général, suivant le cas, de sorte que nous ne les prendrons pas pour guides de notre exposition actuelle des moyens de la thérapeutique rationnelle et nous diviserons notre exposition en deux chapitres : A. Ce qu'il faut faire immédiatement après la piqûre. B. Ce qu'il faut faire quand un temps plus ou moins long s'es écoulé depuis l'accident.

Moyens à employer aussitôt ou peu après la piqûre.

Ces moyens se divisent en deux sections : *A*. Lorsqu'on les emploie localement. *B*. Les moyens généraux.

A. Moyens locaux.

Nous pouvons les ranger en quatre catégories : 1° La ligature; 2° l'aspiration; 3° la scarification; 4° la cautérisation. Ces moyens ne sont pas tous également applicables dans tous les cas; tel ou tel est de mise suivant les circonstances, et c'est ce qui va ressortir des détails dans lesquels nous allons entrer.

1° *Ligature*. — La ligature a pour objet d'empêcher l'absorption du venin au delà d'une certaine zone et son transport dans le torrent de la circulation générale; il faut donc, on le comprend : 1° Qu'elle soit pratiquée d'assez bonne heure pour n'être pas devancée par cette absorption ; 2° qu'elle soit appliquée assez près de la morsure pour ne pas exposer une plus grande partie du corps qu'il n'est nécessaire à l'action du venin; 3° enfin, il faut qu'elle soit serrée suffisamment pour empêcher l'absorption, mais cependant assez peu pour ne pas entraîner la gangrène de la partie placée au-dessous d'elle; chose que l'on voit arriver trop souvent à la suite des ligatures employées soit dans le cas qui nous occupe, soit dans d'autres circonstances.

C'est le premier moyen à mettre en œuvre par le blessé lui-même, par les assistants ou par le médecin, et s'il n'est pas à lui seul tout un traitement, à vrai dire, il donne le temps d'attendre quelque peu, c'est-à-dire de préparer les divers autres moyens de pansement et de thérapeutique générale de l'accident.

Il paraît que dans certains pays d'Amérique, où les bestiaux sont fréquemment piqués par les serpents, les bergers emploient contre eux la ligature seule du membre, en ayant soin de la modérer d'une manière convenable, et ils donneraient ainsi le temps au venin de perdre son activité, on dit même que c'est un moyen appliqué chez l'homme par certains panseurs. Je craindrais qu'il n'eût à lutter alors contre deux éceuils : la constriction insuffisante et la constriction trop forte; par conséquent, je ne considère cette ligature que comme le moyen applicable au début, pendant le temps nécessaire pour avoir d'autres secours agissant plus directement contre le venin ; c'est-à-dire que je désire qu'elle soit remplacée par ces autres moyens le plus tôt possible.

Comment doit se faire la ligature? Il serait oiseux de le dire à des

médecins, mais il est bon d'en indiquer les détails aux gens du monde qui désirent savoir l'appliquer, car il faut bien se pénétrer de l'idée que cette ligature est d'autant plus efficace qu'elle suit de plus près la piqûre : un mouchoir plié en cravate, une cravate, une bretelle, un morceau de petite corde, un morceau d'écorce flexible d'arbre, etc., etc., peuvent servir ; on l'applique aussi près que possible de l'endroit piqué. On serre assez vigoureusement lorsque c'est un corps extensible et s'appliquant sur une large surface, comme le mouchoir, il faut serrer moins lorsqu'on emploie une petite corde ou un lien étroit. Le moyen qu'on peut recommander aux gens du monde serait le garrot extemporané qui peut s'appliquer de la manière suivante dans la majorité des cas, et qui peut prévenir certains accidents dus à la constriction exagérée, qu'on est toujours tenté de pousser au delà de la limite nécessaire. Un mouchoir plié en cravate est mis en place et noué de manière à ce que le nœud ne porte pas trop directement sur la peau même, pour éviter une contusion locale pénible ; par-dessus le mouchoir on met une petite corde ou une ficelle de peu d'épaisseur, à la rigueur quatre fils à voile justaposés seraient suffisants. Cette corde ou ficelle est appliquée seulement sur le mouchoir et nouée de manière à faire un anneau complet autour du membre. On passe alors un bâtonnet entre la corde et le mouchoir, et en imprimant à ce bâtonnet deux ou trois mouvements de torsion, on a une constriction très convenable, suffisamment forte, pour empêcher l'absorption, et portant sur une base assez large pour pouvoir rester quelques heures en place sans provoquer la gangrène.

Une fois la ligature appliquée, on peut prendre son temps sans précipitation pour le traitement. Le sujet est alors conduit auprès du médecin ou dans le lieu où les soins vont lui être prodigués, chaque minute qui s'écoule n'apporte pas un danger de plus d'une manière aussi rapide et aussi sévère. Néanmoins il ne faut pas oublier que la plus grande diligence est nécessaire. Par conséquent, on s'attachera à ce que le répit donné par la ligature soit aussi court que possible ; on recourra, dès qu'on le pourra, aux autres moyens plus efficaces de traitement.

2° *Aspiration*. En songeant que la piqûre du serpent est dangereuse parce que c'est, à proprement parler, une véritable inoculation du venin, l'introduction d'une substance malfaisante dans l'organisme, il devait naturellement venir à l'esprit aussitôt que le meilleur moyen de soulager les malheureuses victimes est l'évacuation aussi prompte et aussi complète que possible de ce venin. Cette idée a présidé à la préconisation de l'aspiration et des scarifica-

tions. Cette aspiration, qui a été pratiquée dans l'antiquité déjà, sur une vaste échelle, en Afrique et en Asie, peut se faire de divers moyens, le plus simple et le plus célèbre est la succion; mais comme la moindre excoriation de la muqueuse buccale, de la langue ou des gencives de celui qui la pratique met ses jours en danger, on comprend que nombre de gens aient réprouvé cette manœuvre qui expose deux individus pour un aux accidents. Je crois, pour ma part, que le mieux serait de la proscrire désormais, d'autant qu'avec des ventouses on peut arriver aux mêmes résultats pour l'élimination du venin sans faire courir à l'opérateur le moindre danger.

L'emploi de la ventouse est si simple que chacun à la Martinique devrait savoir employer au besoin ce moyen d'élimination du venin. On a toujours, ou à peu près sous la main, les éléments nécessaires pour les mettre en œuvre, et, en effet, dans la moindre cabane on trouve des verres à boire, des allumettes et un morceau de papier ou un fragment d'étoffe légère facile à enflammer. Les chasseurs qui fournissent un grand nombre des atteintes ont souvent sur eux une petite boîte en fer-blanc et des allumettes ; c'est certes tout ce qu'il faut pour appliquer extemporanément. A la rigueur, chacun à la Martinique prendrait-il la coutume de porter sur lui une petite boîte en fer-blanc, contenant des allumettes, dans la pensée de s'en servir comme ventouse en cas d'accident, que la chose ne serait pas bien compliquée et pourrait rendre de grands services. Cette boîte étant cylindrique, de trois centimètres de diamètre, sur six ou huit de hauteur, ne serait pas plus volumineuse que celles dans lesquelles les fumeurs mettent leurs allumettes, leur pierre à feu et leur mèche, et par conséquent ne gênerait personne.

Pour appliquer une ventouse avec efficacité, dans le cas d'une piqûre de serpent, voici comment les gens du monde doivent faire, car c'est pour eux exclusivement que j'entre dans ces détails. On prend un verre à ventouse, à son défaut un verre à boire de petit diamètre, un verre à eau-de-vie, par exemple ou la boîte en fer-blanc dont je viens de parler; on découvre la partie mordue de manière à ce que le verre puisse être appliqué à même sur la peau sans rencontrer les vêtements; on déchire un morceau de papier assez petit pour pouvoir entrer dans le verre sans toucher les bords, on l'enflamme et dès qu'il flambe on le jette dans le verre, tandis que l'on applique aussi rapidement que possible le verre sur la piqûre. Si la ventouse est mise comme il faut, on voit aussitôt le verre adhérer aux tissus et la peau se gonfler comme si elle était attirée vers le fond ; si, au contraire, le verre n'adhère pas à la peau il faut recommencer

l'opération. Rien n'est plus simple, en définitive, que l'application d'une ventouse, et lorsqu'un individu en aura vu appliquer une dans sa vie il saura désormais en mettre sans difficulté sur toutes les parties du corps qui présentent une surface suffisante.

La ventouse fait sortir une goutte de sang de la piqûre et une bonne partie du venin, quand celui-ci n'est pas encore introduit trop profondément dans nos tissus; mais son action étant très limitée, il faut en appliquer une seconde à la même place dès qu'on voit que le verre adhère moins fortement à la peau, c'est-à-dire dès que le vide tend à diminuer; en appliquant ainsi des ventouses sans relâche jusqu'à l'arrivée du médecin, on empêchera les progrès du mal et le temps écoulé entre l'accident et les secours de l'homme de l'art ne sera pas un coefficient d'aggravation pour le malheureux.

La ventouse, telle que je viens de la décrire, s'appelle une ventouse sèche; c'est elle qui doit être appliquée par les gens du vulgaire. Seul le médecin doit appliquer les ventouses scarifiées sur la piqûre du serpent, parce que la scarification n'est pas en pareil cas sans un certain danger dans des mains inhabiles, et, en effet, ce n'est pas de petites tailladures superficielles de la peau qu'il faut pratiquer, mais, au contraire, une incision profonde allant jusqu'au fond de la plaie faite par les crocs du serpent, et on comprend que si celui qui la pratique ne connaît pas l'anatomie d'une manière bien précise, il peut ouvrir un tronc artériel ou diviser un nerf important. Aussi, il est bien entendu que c'est au médecin seul que revient le soin de mettre ces ventouses avec incision qui, elle, est naturellement plus efficace que l'autre, car, ouvrant une issue beaucoup plus large et plus facile au venin, provoque son expulsion plus certaine, en outre, comme cette incision provoque une certaine hémorrhagie, l'action de la ventouse porte sur le sang du voisinage et exprime plus complètement les parties voisines du sang déjà contaminé par le venin.

3° *Scarification*. Ce que je viens de dire à propos de la ventouse nous a renseignés déjà très complètement sur la scarification, mot qui est peut-être impropre, mieux vaudrait, je crois, dire l'incision. Cette incision a pour but, on le comprend, d'ouvrir une porte plus large et par conséquent plus facile à l'issue du venin; elle est, avons nous dit et nous le répétons, l'apanage exclusif du médecin, pour une raison bien facile à comprendre, la crainte de blesser des organes importants. Cette incision doit aller jusqu'au fond de la plaie de la piqûre; or, il ne faut pas l'oublier, les crocs d'un serpent ont pu pénétrer de plus de trois centimètres dans une région et l'ins-

trument doit aller jusqu'à cette profondeur quand c'est nécessaire, divisant proportionnellement en longueur autant qu'il faut, une fois cette incision pratiquée, une ventouse est appliquée de manière à faire saigner assez abondamment pour que le venin soit entraîné au dehors et comme l'aspiration ne présente aucun danger elle sera employée largement, c'est-à-dire que la ventouse pourra être appliquée deux, trois, quatre fois suivant les cas, car, il vaut mieux pécher par excès que par défaut.

En parlant de la scarification nous avons besoin de dire encore quelque chose. Nous avons regretté tantôt qu'on n'appelât pas l'opération que nous décrivions du nom d'incision, et c'est parce que le mot scarification applicable à une autre pratique pourrait peut-être jeter quelque obscurité dans l'esprit du lecteur; en effet, on entend en chirurgie par scarification de petites incisions très superficielles n'entamant qu'une partie du derme, de sorte qu'on le voit, une ventouse scarifiée ordinaire ne ressemble pas tout à fait à la ventouse scarifiée spéciale que nous venons de décrire, à la ventouse avec incision profonde, simple ou multiple.

Quoi qu'il en soit, les ventouses scarifiées ordinaires, c'est-à-dire celles dans lesquelles le derme est à peine entamé superficiellement, ont été employées sur une vaste échelle dans les piqûres de serpent; les panseurs les appliquent même beaucoup et leur utilité est admise, mais cette utilité est secondaire, peut-on dire, car ce n'est pas l'évacuation du venin qu'on poursuit avec elles, mais une véritable saignée du membre pour le dégager des liquides qui le gonflent et prévenir ainsi des accidents ultérieurs.

Ces ventouses scarifiées en plus ou moins grand nombre peuvent dans plus d'un cas avoir leur utilité; mais ne nous y trompons pas, c'est un moyen secondaire et pas davantage, il est en tout comparable aux saignées dont nous allons parler.

L'idée de dégorger le membre comme aussi celle d'évacuer directement le venin, a fait songer aux sangsues et on a conseillé d'appliquer un plus ou moins grand nombre de ces annélides autour de la piqûre. Nous devons nous expliquer à ce sujet : les sangsues sont aussi efficaces que les ventouses scarifiées pour diminuer l'engorgement sanguin des tissus et, à ce titre, prévenir certaines complications ultérieures; mais il ne faut pas espérer qu'on éliminera le poison d'une manière suffisamment complète par leur secours, donc très utile moyen secondaire, mais ne pouvant être considéré dans aucun cas comme le seul et principal moyen thérapeutique à appliquer.

4° *Cautérisation.* La ventouse avec scarification profonde de la plaie, allant ouvrir une issue large et facile au venin pour son expulsion au dehors, est un excellent moyen de garantir les individus contre les terribles conséquences de la piqûre du serpent, mais, d'une part, on n'est pas certain d'avoir provoqué cette expulsion quand on l'a mise en œuvre un peu tard ou d'une manière peu persistante; d'autre part, il est des régions où la ventouse ne peut pas être appliquée, de sorte que, quelque jugement favorable qu'on soit disposé à porter sur elle, il faut reconnaître que, dans certains cas, elle a besoin d'être suppléée par d'autres moyens. D'ailleurs on se défend difficilement, en présence d'un blessé, de l'idée que peut-être le venin a imprégné déjà les tissus de manière à ne pouvoir pas facilement être expulsé par la ventouse, et il vient naturellement à la pensée que le plus utile serait de désorganiser chimiquement ou physiquement le venin pour le rendre inoffensif.

La cautérisation peut être pratiquée de diverses manières, et tout d'abord nous pouvons la partager en deux catégories : A. La cautérisation ignée; B. la cautérisation chimique. L'une comme l'autre ont d'autant plus de chances de réussir qu'elles ont été pratiquées le plus près possible du moment où la piqûre a eu lieu et qu'elle a été faite avec la méthode nécessaire. Aussi le mieux est de la faire mettre en œuvre par un médecin, bien que le modus faciendi ne soit pas difficile, mais le médecin, mieux que personne, appréciera le degré d'énergie nécessaire de cette cautérisation et s'arrêtera, d'autre part, à temps, avant de désorganiser trop profondément les tissus voisins jusqu'à menacer des organes importants. Il est une autre raison qui doit pousser à confier cette cautérisation au médecin, c'est que le caustique doit pénétrer bien comme il faut dans la profondeur des tissus atteints par le venin, et, comme il est nécessaire soit de scarifier les piqûres dans une certaine profondeur, soit de diriger le caustique dans une direction spéciale, on est exposé, quand c'est une main inhabile qui l'applique, à rester en deçà du point utile ou bien à outrepasser le degré nécessaire et prudent.

Cautérisation ignée. C'est, je crois, la plus utile et la plus certaine; c'est au moins celle dont on peut plus facilement apprécier l'étendue et la portée, aussi suis-je disposé à la préconiser de préférence à la cautérisation chimique, d'autant que par le fait de l'élévation de température, il arrive que les parties qui ne sont pas atteintes immédiatement par le caustique, sont cependant assez profondément impressionnées pour que le venin soit décomposé lui-même.

Un des meilleurs moyens de cautériser la piqûre du serpent c'est d'avoir un cautère métallique chauffé à blanc, un morceau de fer cylindrique, un clou de quelques centimètres de longueur emmanché dans un corps non conducteur, un morceau de fil de fer assez épais pour conserver la chaleur d'une manière convenable, sont des instruments qu'on trouve facilement sous la main. Un fil de fer du diamètre de celui qui sert pour les fils télégraphiques, me paraît avoir le volume le plus convenable pour atteindre le but qu'on se propose.

Il ne faut pas oublier que la dent du bothrops a toujours pénétré plus ou moins profondément, de sorte que ce n'est pas en surface mais surtout en profondeur que le caustique doit agir, par conséquent, il faut qu'avant de pratiquer la cautérisation l'opérateur se soit bien rendu compte de la direction et de l'étendue en épaisseur de la plaie produite par l'animal; le fer rouge sera dirigé de manière à passer là où la dent a touché, et son action doit être assez intense pour produire non seulement une escarre, mais encore pour élever suffisamment la température de la région, de manière que le venin qui n'est pas tombé immédiatement soit décomposé lui-même, ce qui arrive quand il est exposé à une température supérieure à 80 degrés.

A défaut d'un cautère métallique chauffé à blanc, on a employé des morceaux de charbon incandescents, ou bien on a couvert la partie d'une petite quantité de poudre qu'on a fait brûler. Ces moyens, infiniment plus douloureux que le précédent, font des brûlures étendues et relativement superficielles, de sorte que, dans plus d'un cas, ils ne remplissent pas le but qu'on se propose; en effet, la profondeur de la plaie faite par le serpent peut bien maintenir le venin intact au-dessous d'une portion de membre, dont la peau est plus ou moins largement brûlée. Pour éviter cette imperfection il faudrait, au cas où on voudrait employer soit les charbons ardents, soit la poudre, avoir soin de mettre tout le trajet de la plaie à jour, et alors ne pas manquer d'assécher la surface traumatique bien complètement, car, dans le cas contraire, l'action du charbon ne serait pas suffisante et la croûte formée par la poudre humide serait, au contraire, un moyen d'empêcher la décomposition du venin par la chaleur.

Cautérisation chimique. On sait, d'après ce que je viens de dire il y a un instant, que la cautérisation chimique me paraît inférieure à l'autre et je n'ai pas besoin d'en répéter les raisons. Les agents caustiques qu'on peut employer se partagent en deux catégories : les

uns, comme le nitrate acide de mercure, les composés arsénicaux, sont vénéneux par eux-mêmes, de sorte qu'il est à craindre de provoquer une intoxication secondaire en les employant, les autres, comme l'acide sulfurique azotique, etc., etc.; les chlorures de zinc, la soude et la potasse caustique n'exposent pas à ces accidents. Mais un des grands inconvénients de tous les caustiques chimiques c'est leur diffusion, qui va exercer une action plus loin que le nécessaire, aussi bien qu'on puisse, avec des mains prudentes et habiles, arriver à des résultats satisfaisants avec ces caustiques chimiques. Je leur préfère, sans hésitation, la cautérisation actuelle. Je ne conseillerai pas l'ammoniaque, l'acide phénique, le phénol et tant d'autres préparations qui sont absolument insuffisantes, à mon avis, malgré la vogue dont elles ont joui et jouissent encore. On est revenu, avec juste raison, de cet engouement qu'on a eu longtemps pour l'ammoniaque, soit comme caustique local, soit comme moyen de traitement général.

Traitement général à employer aussitôt ou après la piqûre. On a conseillé les stimulants, et je crois qu'ils produisent de bons effets, car c'est à eux, je suis persuadé, que les panseurs doivent leurs succès, malgré mille pratiques inutiles ou nuisibles ; par conséquent, je suis d'avis de faire coucher le sujet après la cautérisation de la partie, de le réchauffer, de lui donner une infusion chaude et de le soumettre à l'action de l'alcool de manière à provoquer l'ébriété complète. On a conseillé les diverses préparations d'ammoniaque comme sudorifique ou même antivenimeux direct. Je ne puis croire que ce soit une bonne chose en réalité, et bien que je ne sois pas éloigné de l'idée de prescrire soit 20 à 40 gouttes d'ammoniaque dans une potion de 120 grammes d'eau sucrée ou de substituer 20 à 30 grammes d'acétate d'ammoniaque à l'ammoniaque liquide. Je ne saurais trop insister sur l'importance de l'emploi des alcooliques à dose assez élevée pour déterminer une excitation marquée. Toutes les plantes, dites simples par le vulgaire, toutes les préparations préconisées comme des secrets merveilleux, ne me paraissent avoir aucune efficacité bien remarquable, et surtout une supériorité sur la médication existante, à base d'alcool. Quant aux injections intraveineuses d'ammoniaque, de phénate d'ammoniaque, etc., etc., je ne puis me figurer que ce soit jamais un moyen pouvant entrer dans la pratique courante.

Moyens à employer plus ou moins longtemps après la piqûre. Nous avons à parler ici du pansement qui doit être fait depuis le moment où la cautérisation a été appliquée jusqu'à la cicatrisation

complète, et des moyens de traitement général à mettre en cours, depuis l'accident jusqu'à la guérison.

Ces pansements, ne différant en rien de ceux qu'on fait dans l'exercice ordinaire de la chirurgie, ne peuvent nous arrêter bien longtemps et, en effet, les émollients, tant que l'inflammation est vive, les incisions pour donner issue au pus lorsqu'il y a production de suppuration, les antiseptiques lorsqu'il y a de la gangrène, telles sont, pour le cas actuel comme pour les autres, la règle dont il faut ne pas se départir. Quant au traitement interne, dès que quarante-huit heures se sont écoulées depuis le premier pansement, il n'y a plus d'indication spéciale, car le venin a produit à ce moment toute son action; les phénomènes devant lesquels on se trouve ne sont plus que réactionnels et, à ce titre, ne réclament que les moyens ordinaires de la thérapeutique, c'est-à-dire que la tendance à la congestion pulmonaire sera combattue par le kermès, l'ipéca à faible dose, en un mot, par les excitants légers du poumon; l'insomnie, par les hypnotiques, etc., etc.; en d'autres termes, la situation n'a plus rien de spécial et par conséquent ne réclame plus des moyens exceptionnels.

BÊTES ROUGES (Pou d'Agouti).

Les Européens qui habitent les Antilles sont exposés à être incommodés par la morsure d'un petit animal presque microscopique : la bête rouge, appelée ailleurs le pou d'Agouti. Cette morsure provoque de simples démangeaisons le plus souvent, et comme conséquence, des excoriations de la peau; mais dans quelques circonstances elle entraîne une réelle invalidation du sujet. C'est ainsi, par exemple, que pour mon compte j'ai passé plus de trois semaines sur une chaise-longue avec un véritable phlegmon à la jambe, peu de temps après mon arrivée à la Martinique, pour n'avoir pas su, dès le premier moment, qu'il existait dans le pays de petits animaux avec lesquels il fallait compter.

Dutertre ne parle pas de ces animaux, mais le P. Labat s'en est occupé et les connaissait par expérience, ainsi que le prouve le passage suivant de son livre.

« Mademoiselle Michel remarqua que j'avais des démangeaisons aux jambes parce que j'y portais souvent les mains; elle en devina bientôt la cause et me dit que j'avais pris des bêtes rouges en me promenant dans les savanes du mouillage. Je lui avouai que je m'étais promené dans ces lieux et qu'effectivement j'avais senti depuis ce temps-là des démangeaisons si furieuses que je m'étais écorché toutes les jambes à force de me

gratter. Elle commanda aussitôt à une de ses servantes d'aller chercher des bourgeons de vignes et de monbain ; de cueillir des feuilles d'oranger et des herbes odoriférantes, et de les faire bouillir pour me laver les jambes avant de me coucher.

« Ces petits animaux, qu'on appelle bêtes rouges, se trouvent ordinairement dans les savanes qui sont un peu sèches. Les bêtes rouges sont communément de la grosseur de la pointe d'une épingle, toutes rouges et on peut dire toutes de feu, puisque dès qu'elles sont passées au travers des bas et qu'elles se sont attachées à la peau, elles y causent une démangeaison épouvantable. Les chevaux et autres animaux qui sont à la pâture en ont quelquefois le museau et la tête tout couverts et tout rouges, et se frottent contre les pierres et contre les arbres, comme s'ils voulaient se déchirer. (Labat, t. I, p. 32,)

Étudions d'abord l'animal, nous verrons ensuite la nature de ses agressions sur la peau humaine, et pour cette étude d'entomologie, le mieux est, je crois, de recourir à la description donnée par mon collègue et ami le Dr Bonnet, médecin en chef de la marine (*Contribution à l'étude du parasitisme.* Montpellier, 1870, n° 11).

Extrait de la thèse du Dr Bonnet, touchant le pou d'Agouti, bête rouge.

« Le petit parasite dont nous allons nous occuper est désigné à la Guyane sous le nom de pou d'Agouti, parce qu'il vit en grand nombre aux dépens de ce rongeur (à la Martinique, le même animal est appelé la bête rouge).

« C'est une arachnide du genre acarien dont nous n'avons pu déterminer la famille. Les nombreux individus que nous avons examinés sont tous hexapodes, aussi pensons-nous qu'ils ne sont pas adultes, cependant, comme ils avaient tous, à peu de chose près, les mêmes dimensions, il serait possible que la paire de pattes faisant défaut fût représentée par deux appendices très articulés, que nous verrons s'insérer à la base de la portion céphalique et qui, de même que les autres pattes, étaient armés de deux crochets Il est vrai que ces appendices, par leur position et par leur forme, se rapprocheraient singulièrement des palpes de quelques rombidiés, dont ces êtres seraient peut-être les larves. Cependant, si nous considérons ces prolongements comme pattes, nous pourrons trouver des palpes rudimentaires dans deux autres appendices non articulés qui, partant des parties latérales du rostre, se recourbent en dedans pour s'accoler à la mandibule correspondante au moment où elle sort de la bouche.

« Quoi qu'il en soit, n'ayant rien trouvé qui puisse nous éclairer dans les beaux travaux sur les acariens que nous ont légués Dugès et Dujardin, nous décrirons notre pou d'Agouti tel que nous l'avons vu et laisserons à d'autres plus compétents le soin de le classer.

« Le pou d'Agouti est un acarien microscopique, c'est à peine si on peut

le voir à l'œil nu. Il a 0 m/m 40 centièmes de m/m de longueur et 0,30 centièmes de m/m dans sa plus grande largeur. Sa forme est assez régulièrement ovale, à partie antérieure légèrement déprimée, pour loger la portion céphalique, qui supportant les organes buccaux fait saillie; il est aplati de haut en bas. A jeun il est transparent et d'un blanc nacré; il devient rouge lorsqu'il est gorgé de sang. Examiné au microscope, le corps est tout d'une pièce, lisse et coalescent. Les portions buccales et les appendices céphaliques semblent former une tête distincte, en ce sens qu'elle est d'une couleur un peu plus foncée, le reste du corps étant, pour ainsi dire, incolore. Le corps est membraniforme et offre une certaine résistance. On le voit traversé dans l'état de vacuité par une ligne oblique qui disparaît dans l'état de distension.

« Les *appendices céphaliques* sont formés par trois segments : le premier adhérent a quelque ressemblance avec les hanches; le deuxième est cylindrique assez court; le troisième est terminé par une pointe déjetée en dehors et en haut et à laqu'elle s'insèrent deux onglets assez longs et à concavité inférieure et interne.

« *Les pattes* suivent immédiatement sur les côtés du corps, assez rapprochées pour que les hanches se touchent, mais distantes de leur analogue du côté opposé; elles sont composées de cinq articles : une hanche ne dépassant pas le tégument, un trochanter très court, une cuisse et une jambe non séparées par une articulation et un torse conique armé de deux onglets et n'ayant ni caroncules ni ventouses.

« *L'ouverture anale* que l'on voit au milieu de la face inférieure du corps plus près du bord postérieur, est régulièrement circulaire et présente une fente longitudinale qui la divise en deux moitiés latérales. De même que la Tique, le Pou d'Agouti n'a pas d'autre orifice donnant passage aux organes génitaux que je n'ai pu voir.

« *La bouche* est formée par deux mandibules cornées à extrémité antérieure aiguë et extrémité postérieure engainée par les lèvres. Cette extrémité est renflée et déjetée en dehors. Les mandibules m'ont paru être formées par deux valves creusées en dehors en un demi-canal, qui donne attache à une membrane surmontée par trois petits crochets à pointes tournées en dehors et en arrière. Il n'y a pas d'yeux apparents, pas d'antennes, pas de trachées visibles, ni de stigmates. Quant au tube digestif, il est d'une simplicité primitive : Un tube part de la région buccale et traverse le céphalo-thorax en ligne droite; arrivé au niveau de l'orifice anal, il se dilate en ampoule.

« La distension de ce tube digestif est telle, au moment de la réplétion, qu'il remplit presque tout le corps. Celui-ci ne se distend pas comme chez les ixodes; le sang ingurgité amène un changement de couleur et une modification dans la forme, qui de régulièrement ovalaire se rapproche d'un cône à base inférieure.

« Il est facile de s'apercevoir que cette description est incomplète et nécessite de nouvelles recherches.

« Cet acarien est-il déjà classé ? Nous l'ignorons : toutes nos recherches

n'ont pu nous mettre sur la voie d'un classement méthodique. Dans quelle famille le faire entrer? Si nous suivons la classification de Dugès, nous donnerons comme caractéristique au pou d'Agouti :

« *Palpes adhérents, exigus, bec engaîné, mandibules cornées aiguës, en forme de stylet; corps ovoïde aplati, coalescent; pas d'yeux; hanches distantes; pieds bi-unguiculés, par conséquent marcheurs.*

« Les palpes adhérents exigus attenant aux lèvres rapprochent le pou d'Agouti des acariés ou sarcoptes (5e famille), comme eux il n'a pas d'yeux; les mandibules sont cornées, le corps est coalescent, mou, mais il s'en sépare par ses pieds coureurs privés de ventouses et de caroncules.

« Les mandibules cornées appartiennent aussi aux quatre dernières familles de Dugès : les ixodées, les acaries, les odellées et les oribaties. Les crochets qui surmontent l'appendice membraneux des mandibules se rapprochent des ixodes ; mais les ixodes ont un suçoir denté et un céphalothorax écailleux.

« Les pieds bi-unguiculés sans caroncule, l'éloignent des gamarées, des ixodées et des acarées, et le rapprochent de toutes les autres familles; enfin, leur vie terrestre prouve que le pou d'Agouti n'est pas un hydrachne.

« Si, au contraire, nous nous servons de la méthode de Dujardin pour classer notre acarien et si nous tenons compte seulement de l'organisation de sa bouche, il trouvera rang dans la troisième série des acarides, comme n'ayant pas de mandibules en pince, ni unguiculées, mais de mandibules en stylet.

En résumé, pour nous, le pou d'Agouti appartiendrait à la classe des arachnides, au genre des acarides et à la 3e série de Dujardin. »

J'ai trop peu l'habitude du microscope pour me permettre d'ajouter quelque chose à la description de mon savant camarade, mais cependant je dirai que j'ai examiné nombre de ces bêtes rouges à la Martinique et que, vues sur le champ du microscope, elles m'ont paru constamment n'avoir pas la peau de leur corps lisse et glabre, mais bien parsemée de quelques très rares poils noirâtres, d'un volume très gros relativement à la bête ; il me semblait, pour préciser, que le dos de l'animal portait six, huit ou dix de ces poils, qui relativement étaient à son volume ce que sont les piquants pour le hérisson. Qu'on se figure un hérisson qui au lieu d'avoir des milliers de piquants n'en aurait que dix ou douze, et on se rendra compte de ce que je crois avoir vu. Les poils de l'acare de la gale peuvent aussi en donner une idée.

Les bêtes rouges sont très nombreuses à la Martinique, dans les savanes du littoral et jusqu'à l'altitude de deux cents mètres environ; c'est au point qu'il suffit de traverser à certaines époques, particulièrement pendant la saison sèche, un petit espace couvert de gazon pour en avoir sur ses vêtements en nombre plus ou moins

grand; les oiseaux domestiques qui entourent les fermes en sont tourmentés à certains moments, et il n'est pas rare de voir les chevaux et les bœufs qui paissent dans les prairies avoir le museau tout rouge par le fait d'un multitude de ces bêtes occupées à sucer leur sang.

Les bêtes rouges attaquent l'homme surtout aux membres inférieurs, parce que marchant avec une certaine lenteur, elles mettent assez de temps à franchir l'espace qui va du mollet à la hanche, elles ne dépassent pas l'abdomen, à moins qu'elles ne soient venus sur leur victime pendant que celle-ci était couchée par terre.

La piqûre de la bête rouge occasionne une démangeaison insupportable, l'homme le plus énergique, comme le plus insouciant, ne peuvent résister au besoin de se gratter; or, comme dans l'immense majorité des cas les ongles n'atteignent pas la bête, il en résulte que le malheureux Européen s'écorche les jambes, se les met en sang, sans pouvoir parvenir à se soulager. Les soldats qui sont en garnison à la Martinique, viennent très fréquemment à l'hôpital avec des affections chirurgicales diverses, qui n'ont absolument pour origine que l'agression des bêtes rouges. Les uns montrent leurs jambes et leurs cuisses sillonnées d'écorchures linéaires et parsemés de petits points rouges, de telle sorte, qu'on peut les croire atteints de prurigo, d'autant qu'ils accusent d'atroces démangeaisons. D'autres, ont de larges plaques d'une couleur rouge livide et, parfois, des bulles remplies de sérosité çà et là; d'autres enfin, ont des surfaces plus ou moins étendues de peau des jambes ulcérée. Sans compter que plusieurs viennent avec des abcès plus ou moins étendus, plus ou moins nombreux, qui ne reconnaissent pour cause que l'agression dont je parle.

J'ai été moi-même atteint d'une manière semblable, peu de temps après mon arrivée à la Martinique, et j'en ai souffert assez pour rapporter les phénomènes que j'ai observés sur ma personne. Ne connaissant pas par expérience qu'il faut se garantir avec soin de ces petits animaux, je n'hésitais pas à marcher sur le gazon et, comme l'hôpital est entouré de savanes fort jolies, je coupais souvent au plus court pour aller à l'amphithéâtre ou dans telle autre dépendance de l'établissement. Je commettais là, qu'on me permette de le dire incidemment, une double imprudence, car les bêtes rouges ne sont pas les seuls ennemis que j'affrontais inconsciemment, j'aurais pu rencontrer un serpent, c'est-à-dire un animal autrement plus dangereux.

Quoi qu'il en soit, je sentis un jour des démangeaisons trè pé-

nibles aux jambes, je crus avoir donné asile à des puces et me grattai sans y faire autre attention ; rentré chez moi, je déjeunai et fis la sieste, mais je fus réveillé par une démangeaison limitée au niveau de la partie moyenne du tendon d'Achille de la jambe droite. Ce fut au point que je crus avoir été piqué par un moustique, et je vis, en effet, au lieu précité une sorte de papule entourée d'un cercle rouge de la grandeur d'une pièce de un franc. Je grattai encore de temps en temps pendant la soirée et la nuit, j'écorchai à maints endroits la peau des environs ; le lendemain matin j'avais la partie inférieure de la jambe rouge érysipélateuse ; les lotions fraîches, émollientes, narcotiques ne me soulageaient pas, et il se forma un abcès qu'il fallut ouvrir avec le bistouri ; bref, je passai plus de trois semaines sur une chaise longue.

Quand on regarde de près une région atteinte par la démangeaison, due à la bête rouge, on n'y voit rien à l'œil nu tout d'abord, mais si on cherche avec une loupe, on aperçoit bientôt l'ennemi fixé dans un sillon de l'épiderme et suçant le sang autant qu'il peut. Si on attend quelques instants, on voit que la peau se couvre d'une aréole rouge comme érysipélateuse autour de la piqûre ; quelque chose d'analogue à ce qui suit la morsure d'un moustique. La démangeaison est telle, que les ongles et les frottements écorchent la peau des environs à diverses reprises, et ces frottements intempestifs, pratiqués sur une région modifiée déjà par le venin de l'animal prédisposent à ces éruptions, à ces ulcérations persistantes qu'on observe si fréquemment chez les Européens, dans les hôpitaux militaires de la Martinique. La bête rouge inocule un venin, la chose me paraît absolument incontestable, et je crois en avoir eu la preuve de la manière suivante : Un individu était mordu par une de ces bêtes, et j'ai été assez souvent le sujet de l'expérience pour avoir eu nombre de fois l'occasion de l'observer, je me hâtais de tuer l'animal avec du suc de citron, la démangeaison disparaissait aussitôt, mais si je regardais deux, quatre, douze, vingt-quatre heures après l'endroit piqué, je voyais un point noir microscopique, c'était l'orifice de la plaie de morsure ; tout autour, et d'une forme bien régulièrement circulaire, était une rougeur comparable d'abord à celle qui accompagne la piqûre d'un moustique, puis bientôt c'était une véritable ecchymose, et, quand j'avais laissé passer un temps assez long entre le moment où j'éprouvais la première démangeaison et celle où je tuais la bête, l'ecchymose prenait parfois le diamètre d'une pièce de deux francs et devenait livide ou noirâtre, mettant trois à cinq jours pour disparaître.

Rien n'est facile comme d'arrêter les accidents provoqués par la

comme elle et augmentent de telle manière, si on n'a pas le soin de les tirer, qu'elles pourrissent toute la chair aux environs, y causent des ulcères malins et quelquefois la gangrène. Mais quand on les sent entrer ou qu'on s'en aperçoit dans la suite, il n'est rien de si facile que d'y apporter remède, ou par soi-même ou par le secours d'un autre. La noirceur de la chique la fait aisément remarquer entre la chair et la peau ; ainsi on prend une épingle ou un couteau bien pointu, on déchausse tout doucement aux environs du trou qu'elle a fait en entrant; on tire de cette façon la peau tout autour de la chique, et quand elle paraît à découvert et tout entière on la tire dehors. On remplit le trou avec du suif ou de ce qu'on tire des oreilles, ou encore, et beaucoup mieux, avec de la cendre de tabac. Mais quand on néglige les chiques, ou que les tirant mal on en laisse une partie entre cuir et chair, on se met au hasard d'avoir des ulcères et de rester longtemps entre les mains des chirurgiens.

« Quand on regarde une chique au microscope, le dos paraît rond avec du poil brun. La tache noire qui la fait remarquer est sa tête ; elle a plusieurs petits pieds sous le ventre et du poil où ses œufs sont attachés jusqu'à ce qu'ils éclosent, ils paraissent comme autant de petites taches noires.

« On m'assura qu'un Père capucin s'en retournant en France voulut y faire voir cet animal; il en avait un auprès de la cheville du pied qui s'augmenta si bien, pendant le voyage, que quand le capucin le voulut ôter, il se trouva qu'il n'était plus temps. Il avait fait un ulcère si malin que la gangrène s'y mit et qu'on fut obligé de couper la jambe au capucin, pour sauver le reste du corps. Belle curiosité assurément et bien récompensée. » (Labat, t. 1, p. 32.)

Depuis Labat, la chique a été mieux et plus complètement étudiée et dans mon étude actuelle, c'est au travail de mon savant collègue le Dr Bonnet, médecin en chef de la marine (*Archives de méd. nav.*, t. VIII, p. 19, 1867), que je vais emprunter la majeure partie de mes renseignements.

Histoire naturelle. La chique, puce pénétrante, pulex penetrans, a été classée par Linnée, dans la classe des acarus. Cuvier la considéra, d'après les recherches de Barrère, comme une puce, et Guérin Menneville, lui trouvant quelques dissemblances suffisantes pour en faire un genre à part, l'a appelée : *dermophilus penetrans*, nom qu'on lui donne rarement, parce que celui plus vulgaire de *chique* est plus facile à retenir.

Quoi qu'il en soit, l'animal en question appartient à l'ordre des insectes; il dérive des aphaniptères au lieu d'appartenir franche-

ment aux aptères; car comme le dit très bien M. Bonnet: « Si à la vue simple la chique ne laisse apercevoir aucune espèce d'ailes, il n'en est pas de même lorsqu'on la regarde au microscope; on peut remarquer alors, recouvrant les deux premiers anneaux abdominaux, deux petites ailes rudimentaires très transparentes et insérées toutes les deux au métathorax. La dissection, d'ailleurs, met ce fait hors de doute. »

ANATOMIE. (*Extrait de la thèse du Dr Bonnet.* Montpellier. 1870. n° 11, p. 30.)

« La chique est beaucoup plus petite que la puce ordinaire. Les dimensions de la femelle varient de 9 et 11 dixièmes de m/m. Le mâle que nous avons trouvé presque toujours plus gros a 1 m/m 3 de longueur. La forme de la chique est moins allongée que celle de la puce; c'est un ovale presque parfait aplati latéralement; sa couleur est d'un fauve assez prononcé à la tête, plus clair au thorax et à l'abdomen surtout chez la femelle. Le corps offre quelques poils rudimentaires; il en est de même de la tête.

« La chique est divisée en 13 segments.

« *La tête* a la forme d'un bouclier aplati sur les côtés, un peu renflé en arrière, elle offre sur les côtés un œil simple dur et fragile. En arrière l'appareil des antennes divisé en quatre segments: le premier ou supérieur immédiatement derrière l'œil est horizontal et à pivot. Le deuxième vertical est surmonté de quatre piquants assez longs. Le troisième plus étroit est la tige quadri-articulée de la pièce terminale renflée en massue ovalaire.

Les organes buccaux offrent à considérér: A. Deux lames foliacées irrégulièrement quadrangulaires qui supportent: les palpes ou maxilles; B. Deux tiges quadri-articulées: Les palpes maxillaires formées par des segments à peu près égaux et cylindriques, surmontés de poils; C. Deux tiges quadrangulaires, à arêtes dentées en scie: les mandibules creusées à leur face interne d'une gouttière qui, accolée à celle du côté opposé, constitue un canal complet servant à loger le suçoir. Ces mandibules très longues, puisqu'elles dépassent le tiers de l'insecte, ne présentent pas le crochet recourbé en arrière signalé par M. Gage-Lebas (thèse de Paris 1867); D. Une tige impaire médiane canaliculée: le suçoir qui se prolonge en arrière jusqu'au jabot vésiculeux, le bord supérieur offre trois à quatre dentelures peu accentuées et dirigées en avant en sens inverse des dents mandibulaires; E. Une lame foliacée creusée en gouttière, embrayant dans une petite étendue la partie inférieure des deux scies et bifurquée en avant; ce sont: la lèvre et ses palpes, dont la longueur atteint celle du rostre et qui ne présentent aucune trace d'articulation.

« Le *thorax*, étroit en haut, large en bas où il empiète sur l'abdomen est formé de trois segments proto-meso et métathoraciques à la pièce basilaire desquels s'insèrent de chaque côté trois paires de pattes. Celles-ci sont formées de cinq brisures principales: une anche volumineuse; un trochanter

petit et recourbé en bas; une cuisse, une jambe et un torse composé de cinq articles; le dernier est armé de deux onglets à concavité antérieure. La chique, de même que la puce, appartenant à la série des animaux sauteurs a ses pattes métathoraciques d'une longueur telle qu'elles dépassent celles de l'animal. En outre la hanche qui les soutient présente à son extrémité antérieure et inférieure un onglet triangulaire épais et très fort à concavité tournée en arrière.

« *L'aile* insérée au metathorax est repliée en deux et recouvre les côtés des deux premiers anneaux abdominaux.

« *L'écusson*, median, supérieur, quadrilatère, plus court, recouvre le premier segment de l'abdomen.

« *L'abdomen* est divisé en neuf segments en y comprenant le pigydium.

« Les *stigmates* du mâle sont au nombre de huit de chaque côté tandis que la femelle en a cinq seulement : quatre gros pour les quatrième, cinquième, sixième et septième anneaux et un plus petit pour le premier segment. Ce dernier stigmate a probablement échappé à MM. Karsten et Gage-Lebas. Du reste il s'atrophie pendant la formation du sac. Le huitième anneau se fait remarquer par un énorme sac aérien auquel le pigydium sert d'opercule stigmatique; car le pigydium offre au microscope l'aspect d'un bouclier percé d'une vingtaine d'orifices stigmatiques semblables aux autres, c'est-à-dire de forme stellaire. Les trachées ne présentent rien de particulier chez le mâle, mais chez la femelle elles sont représentées par deux tubes seulement, traversant l'abdomen et provenant de quatre gros sacs aériens cylindriques qui correspondent aux derniers stigmates. Le stigmate du premier anneau lui envoie un petit tube aérien. Les deux trachées vont se terminer à la tête et aux pattes. Les trachées abdominales se détachent des deux tubes ci-dessus au niveau des gros sacs aériens.

« *Les organes génitaux* sont assez compliqués, le mâle à un testicule tri ou quadrilobé d'où part un canal déférent qui se rend à un entonnoir corné, de là partent deux canaux spermatiques qui vont se joindre au penis pour former le canal de l'urèthe. Le pénis est allongé et terminé par un renflement olivaire armé à la base inférieure d'un onglet à concavité postérieure. Ce pénis est entouré par quatre valves membraneuses dont deux sont bi-articulées. Au-dessus du pénis et de chaque côté de l'anus se remarquent deux pinces cornées ou forceps, la femelle a pour organes genitaux un ovaire arrondi d'où partent deux conduits : l'un qui va au cloaque et l'autre qui de l'ovaire va se joindre au premier. Je n'ai pu voir les prolongements tubuleux de l'oviducte signalés par Karsten si ce n'est chez la femelle fécondée, il en a été de même des spermatozoïdes filiformes qu'il a representés.

« *Le système sanguin* est représenté par un canal dorsal d'où partent des prolongements tubuleux.

« Le *système nerveux* est constitué par deux cordons offrant de distance en distance des renflements ganglionnaires et situés au tiers inférieur de l'abdomen.

« *Le tube digestif* part du suçoir par un œsophage tubuleux surmonté d'un jabot vésiculeux. Arrivé dans l'abdomen, il se renfle pour former le

ventricule chylifique. A sa terminaison se voit une série de petits tubes glanduleux qui lui forment une sorte de collerette rougeâtre. L'estomac est cylindroïde à extrémités arrondies, l'intestin grêle est un canal rétréci qui, avant de se renfler pour devenir gros intestin, donne attache à deux petites glandes à forme ovalaire. Enfin le gros intestin a un aspect noueux; ses parois sont épaisses.

« *La copulation* des chiques ne se fait pas ventre à ventre comme chez la puce et le mâle dessous, c'est la femelle qui est dessous, et qui supporte le mâle sur son dos.

« *L'œuf*, dit M. Gage-Lebas, est ovoïde, parfois un peu cylindrique et terminé en rond aux deux bouts, je l'ai toujours trouvé représentant un ovale un peu allongé. La couleur est d'un blanc nacré au moment de la ponte et non d'un blanc jaunâtre. Les œufs sont en nombre très considérable contenus dans les ramifications de l'oviducte, formés pendant la fécondation; ils sont d'autant plus développés qu'ils sont plus rapprochés du cloaque.

« *La larve* a la forme d'un petit ver blanc apode, sans yeux, à mouvements de rotation, elle est formée de treize segments cylindroïdes égaux, la tête est surmontée de deux antennes; ses organes buccaux se composent de deux lèvres et de deux mandibules à bord interne denté. Le segment anal est surmonté de trois tubercules: deux latéraux inférieurs et un médian supérieur; à leur point de jonction s'ouvre l'anus, ces tubercules sont surmontés par une touffe de poils. Chaque segment en représente aussi sur les côtés; ils sont groupés par série de trois.

« *Le cocon* a la forme d'un ovoïde presque arrondi, ses dimensions dépassent celles de l'œuf. Son tissu est formé par une soie d'un beau jaune recouverte par une matière collante.

« *La chrysalide* est allongée, à extrémité céphalique renflée. Elle est d'une couleur blanche qui passe au gris, puis au fauve, à mesure que les appareils se développent.»

La chique se rencontre très fréquemment dans un grand nombre de pays chauds et, à ce titre, la Martinique peut être comptée au nombre de ceux où on est exposé à ses atteintes. Il n'y est pas rare, en effet, de voir les Européens et *a fortiori* les créoles en porter sur eux; surtout ceux de la classe inférieure, qui vivent dans certains milieux propices à leur propagation.

Des observations très intéressantes ont montré que, lorsque la femelle a été fécondée, elle cherche un animal à sang chaud pour pénétrer sous son épiderme et y développer ses œufs. Jusque-là le rapprochement des sexes est resté, pour ainsi dire, à l'état latent, et si on prend deux femelles qui viennent de copuler, par exemple, qu'on en mette une dans un flacon, l'autre à proximité de la peau d'un individu, on voit la première rester indéfiniment dans les conditions de stérilité, tandis que l'autre commence à augmenter de

volume dès qu'elle s'est logée sous l'épiderme. Bien plus, si on fait l'expérience indiquée par Bonnet, c'est-à-dire si on extrait avec de grandes précautions une chique femelle commençant à avoir des œufs assez développés et qu'on la mette dans un flacon, tout travail de développement s'arrête jusqu'à ce qu'elle puisse de nouveau se loger dans la peau d'un animal à sang chaud. Cette particularité intéressante explique bien des points mal appréciés jusque-là dans l'histoire du parasitisme de la chique, et, en effet, on comprend, en la connaissant, comment il peut se faire que des chiques, éclosant dans un lieu inhabité, deviennent adultes, copulent et restent pendant un temps plus ou moins long, parfois considérable, à attendre leur proie : un homme ou un animal propice vient-il à passer à portée, il est envahi ; au contraire, aucun être animé supérieur ne passant, il s'écoule un temps plus ou moins long, parfois une année même, sans que rien n'ait été changé dans l'existence des chiques. Ce n'est probablement qu'après deux années entières que les chiques, qui attendaient ainsi en vain, meurent sans avoir trouvé l'occasion de se perpétuer.

Quels sont les lieux où on trouve des chiques ? Il y a longtemps qu'on a répondu que c'est dans les lieux sales, c'est dans les vieilles cases à nègres, là où ils vivent en promiscuité entre eux et avec des animaux divers, entre autres les cochons, qu'on court le plus de chances de rencontrer ces parasites. M. Vizy, médecin de notre armée, a fait ressortir, pendant la campagne du Mexique, l'influence incontestable qu'avait le voisinage des porcs dans une habitation, par le nombre des chiques que l'on est exposé à y rencontrer ; ses observations, et celles de nombre d'autres médecins, ont démontré que la chique se développe aussi bien chez nous que chez nos animaux domestiques. Les animaux sauvages, quoique moins souvent atteints, en portent fréquemment ; mais, quoi qu'il en soit, il faut qu'ils soient à sang chaud.

Je renvoie le lecteur qui désirerait connaître les divers détails afférents aux chiques, au remarquable mémoire de M. Bonnet (*Arch. de méd. nav.*, t. VIII). Il me suffira de ne retenir ici que deux faits : A. Que c'est dans les endroits malpropres et de préférence dans les étables, les porcheries et les cases à nègres, qu'on trouve des chiques à la Martinique, d'où l'indication pour les Européens de fuir ces lieux le plus qu'ils peuvent. B. Que si la chique appartient à la zone tropicale, elle pourrait très bien arriver jusque dans la zone tempérée et s'y développer sinon très facilement au moins d'une manière désagréable ; nous trouvons, en effet, dans la thèse de Bonnet une observation qui le démontre.

En juillet 1866, le navire transport l'*Amazone*, revenant de la Guyane et des Antilles, eut un mécanicien atteint de chique qui ouvrit lui-même le corps de l'animal dans une tentative d'extraction, et en janvier 1867, au moment où on réarma le navire, un matelot chauffeur, qui n'avait pas fait la campagne précédente, se trouva atteint d'une chique fécondée entre les doigts de pied. On a constaté dans l'Amérique du Sud, au Mexique, que la chique se transmettant de proche en proche, peut se rencontrer en abondance dans les localités même très froides, par conséquent, on le voit, si la chique était introduite par exemple dans certains pays, comme l'Algérie, la Tunisie, la Sicile; il pourrait bien se faire que les gens malpropres fussent exposés en Europe à ses atteintes, comme les nègres le sont dans la zone tropicale.

Nous ne rechercherons pas si tel âge, tel sexe, telle profession est plus ou moins exposée à contracter des chiques à la Martinique; ce que nous avons dit des lieux où on trouve le plus souvent ces parasites, nous suffit dans le moment présent. On a dit aussi que les individus n'ont pas tous la même aptitude à contracter la chique, la chose se comprend très bien, et explique pourquoi, parmi les individus qui se sont exposés à l'envahissement du parasite, les uns sont attaqués par un plus ou moins grand nombre, d'autres, au contraire, sont restés indemnes. Ceux qui n'ont pas un sang à chique ne les craignent pas et *vice versa*, dit-on, dans les Antilles, et le fait est exact.

C'est aux pieds qu'on a le plus souvent des chiques, parce que c'est le plus fréquemment en marchant les pieds nus qu'on les contracte; mais on comprend que si on est assailli par le parasite pendant qu'on est couché par terre, on peut être attaqué à n'importe quelle région du corps.

Bonnet a fait des expériences pour déterminer les conditions de pénétration des chiques, et il est arrivé à démontrer qu'elles passent par les trous inombrables que présentent nos vêtements, sans jamais traverser un gant de peau, une lame de caoutchouc, par exemple, quelque mince qu'ils fussent. Une fois arrivée à la surface de la peau, elle s'y fixe, perfore lentement et doucement l'épiderme, et s'introduit peu à peu dans la cavité qu'elle parvient à se créer dans l'épaisseur du derme; là, elle ne se meut plus et commence son travail de développement des œufs.

Étudions, en quelques mots, la symptomatologie de la pénétration de la chique dans nos tissus; tout d'abord on n'éprouve aucune sensation, et parfois même l'animal a pu pénétrer jusque dans le derme

sans provoquer aucun phénomène apprécié. Souvent le début est signalé par une démangeaison qui n'a rien de désagréable, mais qui peu à peu se transforme et finit par devenir une douleur. Celle-ci a des variétés très grandes suivant les individus; chez les uns, elle est très supportable, chez d'autres, elle est dure, violente, intolérable même parfois. Tout d'abord il n'y a pas une bien forte réaction locale, la peau est à peine un peu rougie et on voit un point noir au centre, c'est l'animal qui tranche de couleur sur les parties voisines. Bientôt l'animal est tellement déformé qu'il consiste en une seule poche contenant les œufs, et alors cette poche augmentant de volume, il finit par y avoir une réaction inflammatoire suffisante des tissus voisins, pour faire un véritable petit abcès qui, en s'ouvrant, donne issue au cadavre de la mère et aux œufs arrivés à maturité ou même déjà à l'état de larves. L'abcès se vidant, il reste une petite cavité bourgeonnante, analogue à la cavité d'un cautère, et la cicatrisation ne tarde pas à survenir dans les cas heureux, tandis que dans les cas malheureux, l'inflammation ne s'étant pas limitée aussi bien et aussi vite, on voit survenir des accidents, des désordres plus ou moins étendus, depuis l'abcès, l'ulcère, jusqu'à l'érysipèle, la gangrène, du côté des parties molles, la carie, la nécrose, du côté du squelette. Nombre d'ulcères des pays chauds, de ces désordres profonds attaquant des portions de membre et entraînant des accidents terribles, la mort même, ne doivent leur production souvent qu'à une chique.

Traitement. Il ne saurait exister la moindre hésitation au sujet des indications thérapeutiques; il faut extraire la chique et le plus vite possible, dès qu'on a reconnu sa présence dans nos tissus. Les femmes du pays savent toutes pratiquer l'*échiquage* dans les diverses localités où on est exposé à être atteint par des chiques; mais l'opération ne présentant aucune difficulté, ne nécessitant qu'un peu de patience et d'adresse, tout le monde, ou à peu près, peut se débarrasser ou débarrasser son semblable du parasite.

Plusieurs cas peuvent se présenter dans les conditions présentes : A. On n'a qu'une chique qui est à peine arrivée dans le derme. B. On en a plusieurs au début de leur pénétration. C. On n'en a qu'une seule déjà développée et volumineuse. D. On en a plusieurs dans ce cas.

A. *On n'a qu'une chique, petite encore.* On prend une aiguille, on arrive sur l'insecte, soit en écartant les parois de l'orifice extérieur de la peau qu'il a fait pour pénétrer, soit en déchirant, avec une extrême précaution, les lamelles épidermiques voisines, si on ne

trouve pas cet orifice, on arrive ainsi à transformer la cellule en un entonnoir à large ouverture et, alors, en passant la pointe de l'instrument sous l'animal on le fait basculer en dehors. On comprend que cette opération, qui n'a rien de compliqué, ne réclame que de l'adresse et de la patience ; mais il ne faut pas marchander cette adresse et cette patience sous peine de faire souffrir inutilement le patient. Qu'on ait pu parvenir à retirer l'animal intact ou non, et même avant de le retirer, il est bon de verser sur la région une goutte de chloroforme, de benzine, de solution phéniquée assez active, une solution de bi-chlorure de mercure à 1 gr. p. 100 gr., ou d'ammoniaque; on tue ainsi sûrement la bête et on évite qu'elle n'aille trouver une autre victime.

La petite plaie qui résulte de cette extraction est tellement minime qu'il n'y a rien à y faire, à proprement parler, un petit morceau de linge sec au besoin, un peu de taffetas d'Angleterre, ou bien un pansement cerаté minuscule, tels sont les moyens qui mèneront cette plaie à cicatrisation.

B. *On a plusieurs chiques petites.* L'opération précitée est répétée autant de fois qu'il est nécessaire, si on n'a pas affaire à un trop grand nombre de parasites ; mais, dans le cas contraire, c'est aux parasiticides qu'il faut recourir. On a vanté tour à tour les sulfureux, les mercuriaux; les nègres, en employant le suc du manioc, se servent de l'acide cyanhydrique, la benzine, l'ammoniaque, le chloroforme, etc., etc., ont été mis en œuvre.

Si ce n'est que la partie inférieure des jambes et des pieds qui est atteinte, on peut recourir à un pédiluve, au bi-chlorure de mercure, un gramme pour cent, par exemple. Les chances d'intoxication mercurielle sont assez faibles pour qu'on puisse ne pas reculer devant ce moyen ; mais ces chances et la cherté du médicament font que le plus souvent on n'y recourt pas. On peut aussi se servir d'onguent mercuriel appliqué en couche assez large sur la région et maintenu au contact de la peau par une toile imperméable.

Les bains sulfureux peuvent remplacer très bien le bain mercuriel, et, quoique beaucoup moins énergiques, ont le double avantage de ne pas faire courir de mauvaises chances d'une part, de ne pas coûter trop cher de l'autre ; de sorte que même alors qu'il faudrait en faire prendre deux ou trois successivement, on peut leur donner la préférence.

La térébenthine, quoique moins efficace que le chloroforme, peut se recommander à cause de son innocuité, car en l'employant avec

excès, c'est à peine si on en éprouverait un peu d'incommodité due à son odeur désagréable, mais non toxique.

De l'eau benzinée, phéniquée, mise sur d'épaisses compresses et restant au contact de la peau assez longtemps, par le fait de l'application d'un morceau de taffetas imperméable sur le pansement, peut très bien débarrasser des chiques. Un petit tampon trempé dans le chloroforme et frotté directement sur le lieu où le parasite a pénétré, arrive au même but, seulement, on le comprend, le chloroforme ne doit pas être à la disposition des gens qui n'en connaissent pas les propriétés, de crainte d'accidents d'anesthésie par la voie pulmonaire.

C. *On est en présence d'une grosse chique, déjà développée.* Il faut, s'il est possible, retirer le sac intact, et c'est avec la pointe d'un bistouri qu'on agit au lieu de se servir d'une aiguille ; si on a ouvert le sac malgré soi, il faut se hâter de tuer les œufs et les larves à l'aide d'un des liquides précités et, en outre, il est utile de chercher à extraire les débris de l'animal, car la plaie sera d'autant plus enflammée, la réaction sera d'autant plus forte, on le comprend, qu'il y sera resté plus de corps étrangers.

D. *On est en présence de plusieurs grosses chiques. A fortiori* encore, dans ce cas, il est nécessaire de procéder à l'extraction avec prudence et habileté, pour éviter les chances de suppuration du foyer. Si elles sont trop nombreuses, les applications parasiticides, dont nous avons parlé tantôt, sont de mise et commencent par tuer l'animal en attendant son expulsion.

La théorie du traitement de la chique n'est donc pas difficile à formuler, extraire l'animal et pour plus de sécurité le tuer. Les moyens mécaniques et les moyens topiques peuvent concourir au même but ; il suffit de l'avoir indiqué pour que le lecteur sache trouver, pour chaque cas particulier, quelle est l'indication qu'il doit remplir de préférence.

Quant à la prophylaxie, elle comprend deux parties : A. Les précautions que doivent prendre les individus. B. Celles qu'il faut prendre pour les locaux.

Pour les individus, il faut qu'ils aient soin de ne pas marcher pieds nus sur le sol, qu'ils habitent de préférence dans les étages élevés, qu'ils ne couchent pas par terre, qu'ils visitent fréquemment leurs pieds et se préoccupent de la moindre démangeaison persistante dans cette région.

Pour ce qui est des locaux, la propreté stricte, les lavages fréquents à grande eau, sont le moyen le plus certain, et M. Bonnet,

à l'excellent mémoire duquel nous renvoyons le lecteur, dit que pendant six mois il a pu se garantir parfaitement par ces moyens, des chiques dans une maison où elles tourmentaient les autres habitants.

DE QUELQUES AUTRES AFFECTIONS CHIRURGICALES ASSEZ FRÉQUENTES A LA MARTINIQUE.

On voit parfois à la Martinique des ulcères plus ou moins rebelles ; à une certaine époque, on a même voulu décrire sous le nom d'ulcère de Balata un analogue de l'ulcère de Cochinchine, de Mozambique, etc. Je ne crois pas que la chose soit justifiée, car si l'on se trouve, dans quelques rares circonstances, en présence du phagédénisme des pays chauds, il faut reconnaître que ce phagédénisme est ici assez bénin et assez facilement combattu pour qu'on puisse ne pas lui consacrer une description spéciale qui entraînerait une trop grande étendue du travail actuel.

Les bourbouilles sont désagréables ici comme dans tous les pays chauds et elles tourmentent souvent les européens nouvellement arrivés ; mais ces bourbouilles ne présentant rien de spécial à la localité et aussi constituant à peine une incommodité, on me permettra de ne pas entrer non plus dans leur description : les bains frais peuvent prévenir leur apparition, mais une fois qu'elles sont survenues, il serait peut-être imprudent de les employer sans précautions, au moins la répercussion de l'exanthème cutané, peut occasionner des rhumatismes et, qui pis est, la dysentérie, infiniment plus gráve encore — tenir la peau sèche et user d'un peu de poudre de riz, tels sont les minces moyens qu'on puisse employer contre les bourbouilles — les mille traitements que le vulgaire conseille contre elles sont inutiles ou dangereux.

Consécutivement aux bourbouilles ou bien spontanément, on voit souvent des furoncles se développer chez les européens à la Martinique. Maintes affections cutanées, eczéma, herpès, etc., se montrent parfois, mais elles ne sont pas spéciales au pays et, à ce titre, vu leur importance minime, je crois pouvoir ne pas m'arrêter plus longtemps sur leur compte.

CHARBON.

Bien qu'assez rare d'une manière absolue, la maladie charbonneuse n'est cependant pas inconnue à la Martinique. Nous avons vu dans la chronologie des hopitaux de Fort-de-France et de Saint-Pierre :

Qu'en 1827 — février;
En 1851 — avril — juin;
Et en 1856 — janvier;

On a vu mourir à l'hôpital de Fort-de-France un militaire du charbon. Je sais, par ailleurs, qu'à diverses reprises, on a vu succomber des individus de la population civile à l'affection dont nous parlons : je citerai notamment un ancien gendarme, puis bedeau de l'Eglise-de-Saint-Pierre qui, ayant gagné un petit pécule, se mit à nourrir des bœufs qu'il destinait au commerce, et qui succomba au charbon pour avoir voulu sauver au moins la peau de ses bêtes, atteintes par une épidémie.

Le charbon n'a pas, à la Martinique, des allures différentes de celles qu'il revêt dans les autres parties du monde; il est apporté du dehors, de Porto-Rico, par exemple, avec les bœufs qui arrivent à chaque instant dans la colonie pour la boucherie et l'agriculture; il se développe dans les troupeaux par contagion et se transmet, de la même manière, aux hommes qui se trouvent dans le voisinage ou qui sont inoculés par les mouches morbifères.

Nous n'avons donc qu'à signaler cette affection pour rappeler que la surveillance la plus vigilante doit présider à la commission sanitaire, qui décide de l'admission des chargements de bœufs arrivant du dehors. Le vétérinaire doit, de son côté, avoir présent à l'esprit la possibilité de l'existence du charbon lorsque les bêtes à cornes de l'île meurent d'une manière insolite. Et en pareil cas aussi, les médecins n'hésiteront pas à porter le diagnostic et à appliquer au mal la thérapeutique de cautérisation et de neutralisation du virus, qui est employée dans les autres pays et dont je n'ai pas besoin de faire l'énumération ici, renvoyant le lecteur à l'article charbon, des livres classiques qui ont servi à ses études médicales.

MALADIES VÉNÉRIENNES ET SYPHILITIQUES.

J'ai le regret d'être dans le plus grand désaccord avec le travail de M. Rufz de Lavison, sur les maladies de la Martinique, pour ce qui regarde les maladies vénériennes et syphilitiques. Mon savant prédécesseur a dit qu'elles sont rares et bénignes dans la colonie et mon opinion est que les choses doivent avoir bien fâcheusement changé depuis qu'il l'a quittée, car en ce moment, en particulier, ces affections sont aussi nombreuses que sévères dans le pays.

M. Rufz de Lavison est un maître assez éminent dans tout ce qui touche les maladies de la Martinique, pour que je doive y regarder

à deux fois avant de me décider à croire le contraire de ce qu'il a avancé, aussi me suis-je demandé tout d'abord si je ne voyais pas les choses sous un jour trop défavorable, mais j'ai pu me convaincre, en examinant de très près l'effectif de nos malades des hôpitaux de Saint-Pierre et de Fort-de-France, en examinant aussi avec soin les malades des divers hôpitaux civils de l'île, dont le médecin en chef de la colonie est chargé de l'inspection, que de 1875 à 1877 au moins, la syphilis et les maladies vénériennes entraient pour une large part dans les atteintes qu'éprouve la santé dans la Martinique.

Persuadé que M. Rufz avait bien vu; certain moi-même de ne pas être dans l'erreur de mon côté, je me mis à réfléchir et à chercher quelles pouvaient être les causes de cette triste modification, apportée par le temps dans l'état sanitaire du pays, et je ne tardai pas à me faire une opinion là-dessus et, en effet, voici la raison de cette augmentation des maladies vénériennes et syphilitiques dans le pays qui nous occupe.

Jusqu'en 1869, le service médical des filles suspectes de la Martinique avait été confié à des médecins de la marine en activité de service et exercé sous la surveillance directe, immédiate, du médecin en chef de la colonie qui savait, peut-on dire, jour par jour, la manière dont ses subordonnés faisaient le service. Le moindre relâchement dans la vigilance de ceux qui étaient chargés du service était reconnu et combattu efficacement par le chef du service de santé qui, à la rigueur, savait déplacer les individus et charger, soit temporairement, soit d'une manière définitive, de la surveillance médicale des filles susceptibles de transmettre le mal, tel ou tel qui lui inspirait plus de confiance. Or, comme la vigilance a pour résultat constant de diminuer d'une manière très remarquable le nombre comme la sévérité des atteintes de ces affections dans un pays, il en résulta que M. Rufz de Lavison, comme M. Saint-Vel, ont pu écrire avec grande raison que la Martinique jouissait d'une très heureuse immunité. Cette immunité n'était pas la conséquence d'une disposition du climat, de l'île, de la population, non, c'était uniquement le résultat d'une bonne organisation du service sanitaire.

Pour des raisons qu'il est inutile de spécifier d'une manière plus précise, mais qui ont eu un triste retentissement sur les choses de la santé publique, on apporta, en 1869, une modification dans la manière dont le service sanitaire se faisait dans l'île. Ce service sanitaire des filles fut confié à des médecins moins étroitement placés sous la surveillance du chef du service de santé de la colonie, et le nombre, comme la gravité des atteintes, alla en augmentant d'une manière très remarquable.

Ce fut au point que je dus m'en émouvoir et appeler l'attention de l'autorité sur ce point important. Ceux de mes successeurs qui pourront consulter les rapports trimestriels que j'adressais pendant mon séjour dans la colonie, verront avec quelle insistance je ne cessai de demander une organisation plus convenable de ce service. Je ne pus obtenir que des améliorations insuffisantes, illusoires même, et je désire que ceux qui ont eu à diriger le service de santé de la colonie après moi, aient été plus heureux. Pour ma part, il me suffira de dire ici que l'expérience est faite aujourd'hui. Lorsque l'autorité l'a réellement voulu, les maladies vénériennes et syphilitiques ont été si rares et si bénignes dans la colonie, que des observateurs aussi remarquables que M. Rufz de Lavison et Saint-Vel, ont pu croire à une immunité spéciale. Au contraire, lorsque des intérêts particuliers ont dominé la scène et ont laissé le service de la surveillance sanitaire des filles décliner, les maladies sont arrivées jusqu'à former le quart ou le cinquième des maladies traitées dans les hôpitaux civils ou militaires, et la gravité des atteintes a augmenté dans une proportion très fâcheuse. Il est donc inutile d'insister, on sait le moyen d'apporter un remède efficace au mal et par conséquent je n'entrerai pas dans de plus longs développements à ce sujet.

TROISIÈME PARTIE

HYGIÈNE.

Pour remplir le cadre que je me suis tracé en entreprenant d'écrire : *les maladies des européens à la Martinique*, j'ai besoin de m'occuper actuellement de l'hygiène qu'on doit suivre quand on est appelé à séjourner dans ce pays, pour tâcher d'échapper aux maintes affections plus ou moins graves qui y menacent l'étranger. Je suis entré dans d'assez longues considérations à ce sujet lorsque je me suis occupé *des maladies des européens au Sénégal*, pour qu'il me soit permis d'être beaucoup plus bref dans le moment actuel. Je renvoie donc le lecteur au travail précité dès la première page, pour le complément de ce que je dirai ici et pour les détails qu'il pourra m'arriver de négliger actuellement.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La première question qui se pose à l'esprit quand on parle de l'hygiène d'un pays de la zone tropicale est celle-ci : l'européen peut-il y vivre? et si, pour le Sénégal j'ai répondu résolument non, montrant que l'existence de l'individu de la zone tempérée qui y séjourne, n'est qu'une lutte plus ou moins longue, mais toujours impuissante contre les conditions morbides dépendantes du climat; pour la Martinique, je serai moins pessimiste et dirai que si un nombre assez grand d'européens ne peut s'y acclimater, c'est-à-dire y vivre avec les apparences de la santé; on en voit beaucoup, en revanche, qui semblent avoir trouvé une nouvelle et clémente patrie sous ce ciel si différent de celui de leur pays natal. On ne saurait établir par des chiffres la proportion des individus qui peuvent ou ne peuvent pas s'habituer au climat martiniquais, mais il suffira de dire que le chiffre de ceux qu'on y voit avec tous les attributs de la santé est tel, pour qu'on puisse formuler sans crainte la proposition suivante : la Martinique n'est pas, comme la Sénégambie, un climat absolument hostile à l'européen, et il est fréquent d'y voir des individus s'y porter aussi bien qu'en Europe.

volume dès qu'elle s'est logée sous l'épiderme. Bien plus, si on fait l'expérience indiquée par Bonnet, c'est-à-dire si on extrait avec de grandes précautions une chique femelle commençant à avoir des œufs assez développés et qu'on la mette dans un flacon, tout travail de développement s'arrête jusqu'à ce qu'elle puisse de nouveau se loger dans la peau d'un animal à sang chaud. Cette particularité intéressante explique bien des points mal appréciés jusque-là dans l'histoire du parasitisme de la chique, et, en effet, on comprend, en la connaissant, comment il peut se faire que des chiques, éclosant dans un lieu inhabité, deviennent adultes, copulent et restent pendant un temps plus ou moins long, parfois considérable, à attendre leur proie : un homme ou un animal propice vient-il à passer à portée, il est envahi ; au contraire, aucun être animé supérieur ne passant, il s'écoule un temps plus ou moins long, parfois une année même, sans que rien n'ait été changé dans l'existence des chiques. Ce n'est probablement qu'après deux années entières que les chiques, qui attendaient ainsi en vain, meurent sans avoir trouvé l'occasion de se perpétuer.

Quels sont les lieux où on trouve des chiques ? Il y a longtemps qu'on a répondu que c'est dans les lieux sales, c'est dans les vieilles cases à nègres, là où ils vivent en promiscuité entre eux et avec des animaux divers, entre autres les cochons, qu'on court le plus de chances de rencontrer ces parasites. M. Vizy, médecin de notre armée, a fait ressortir, pendant la campagne du Mexique, l'influence incontestable qu'avait le voisinage des porcs dans une habitation, par le nombre des chiques que l'on est exposé à y rencontrer ; ses observations, et celles de nombre d'autres médecins, ont démontré que la chique se développe aussi bien chez nous que chez nos animaux domestiques. Les animaux sauvages, quoique moins souvent atteints, en portent fréquemment ; mais, quoi qu'il en soit, il faut qu'ils soient à sang chaud.

Je renvoie le lecteur qui désirerait connaître les divers détails afférents aux chiques, au remarquable mémoire de M. Bonnet (*Arch. de méd. nav.*, t. VIII). Il me suffira de ne retenir ici que deux faits : A. Que c'est dans les endroits malpropres et de préférence dans les étables, les porcheries et les cases à nègres, qu'on trouve des chiques à la Martinique, d'où l'indication pour les Européens de fuir ces lieux le plus qu'ils peuvent. B. Que si la chique appartient à la zone tropicale, elle pourrait très bien arriver jusque dans la zone tempérée et s'y développer sinon très facilement au moins d'une manière désagréable ; nous trouvons, en effet, dans la thèse de Bonnet une observation qui le démontre.

En juillet 1866, le navire transport l'*Amazone*, revenant de la Guyane et des Antilles, eut un mécanicien atteint de chique qui ouvrit lui-même le corps de l'animal dans une tentative d'extraction, et en janvier 1867, au moment où on réarma le navire, un matelot chauffeur, qui n'avait pas fait la campagne précédente, se trouva atteint d'une chique fécondée entre les doigts de pied. On a constaté dans l'Amérique du Sud, au Mexique, que la chique se transmettant de proche en proche, peut se rencontrer en abondance dans les localités même très froides, par conséquent, on le voit, si la chique était introduite par exemple dans certains pays, comme l'Algérie, la Tunisie, la Sicile; il pourrait bien se faire que les gens malpropres fussent exposés en Europe à ses atteintes, comme les nègres le sont dans la zone tropicale.

Nous ne rechercherons pas si tel âge, tel sexe, telle profession est plus ou moins exposée à contracter des chiques à la Martinique; ce que nous avons dit des lieux où on trouve le plus souvent ces parasites, nous suffit dans le moment présent. On a dit aussi que les individus n'ont pas tous la même aptitude à contracter la chique, la chose se comprend très bien, et explique pourquoi, parmi les individus qui se sont exposés à l'envahissement du parasite, les uns sont attaqués par un plus ou moins grand nombre, d'autres, au contraire, sont restés indemnes. Ceux qui n'ont pas un sang à chique ne les craignent pas et *vice versa*, dit-on, dans les Antilles, et le fait est exact.

C'est aux pieds qu'on a le plus souvent des chiques, parce que c'est le plus fréquemment en marchant les pieds nus qu'on les contracte; mais on comprend que si on est assailli par le parasite pendant qu'on est couché par terre, on peut être attaqué à n'importe quelle région du corps.

Bonnet a fait des expériences pour déterminer les conditions de pénétration des chiques, et il est arrivé à démontrer qu'elles passent par les trous inombrables que présentent nos vêtements, sans jamais traverser un gant de peau, une lame de caoutchouc, par exemple, quelque mince qu'ils fussent. Une fois arrivée à la surface de la peau, elle s'y fixe, perfore lentement et doucement l'épiderme, et s'introduit peu à peu dans la cavité qu'elle parvient à se créer dans l'épaisseur du derme; là, elle ne se meut plus et commence son travail de développement des œufs.

Étudions, en quelques mots, la symptomatologie de la pénétration de la chique dans nos tissus; tout d'abord on n'éprouve aucune sensation, et parfois même l'animal a pu pénétrer jusque dans le derme

puyer cette opinion, mais ce que j'ai vu se dégager de mon observation et de mes recherches, c'est que le créole européen pur qui épouse une créole européenne, au même degré, a généralement, on peut presque dire toujours, des enfants moins vigoureux que lui ; on voit parmi ceux-ci plus de filles que de garçons, et si ces enfants, devenus grands, échappent à un large tribut de maladies de toutes sortes qui les atteignent volontiers, ils n'ont, en se mariant encore avec des filles du même degré, que des produits très malingres chez lesquels le teint est manifestement pâli et souffreteux ; les filles prédominent encore d'une manière très remarquable dans cette génération et la méningite chez les enfants, la tuberculose chez les adolescents et maintes fois d'autres affections aussi tristes dans l'âge adulte les atteignent avec une sévérité telle qu'on pourrait, si on voulait se payer d'un certain mysticisme, dire qu'une volonté supérieure aux combinaisons humaines s'attache avec soin et acharnement à faire disparaître du sol martiniquais ces organismes étrangers.

J'arrive donc à cette conclusion, que l'européen ne peut pas se perpétuer à la Martinique d'une manière assez prolongée, et si nous supposons par la pensée une lignée restant sans mélange, nous la voyons disparaître entièrement dans un espace de temps assez court.

D'ailleurs ce fait est-il spécial à la race européenne? Non, les nègres africains transportés à la Martinique n'y prospèrent guère mieux, de sorte que l'on voit leur descendance pure arriver au même résultat que celle des européens, à une ou deux générations près. Et la chose, tout extraordinaire qu'elle soit, n'est pas seulement limitée à l'espèce humaine, un grand nombre d'animaux, les chevaux, les bœufs qui arrivent de la zone tempérée, sont soumis absolument à la même loi.

A la Martinique, les blancs vivant à côté des nègres depuis un temps très long, il en est résulté, comme partout, un mélange qui a produit une infinité de nuances de métis. Chose curieuse, c'est que ce mélange semble avoir pour résultat de produire des enfants plus forts, plus vigoureux que les ascendants, et il est incontestable que le voyageur qui arrive à la Martinique pour la première fois, est frappé de voir des européens d'une santé infiniment moins florissante qu'en Europe, des nègres qui sont incontestablement moins beaux que leurs semblables de la côte d'Afrique et, entre eux, des mulâtres de la plus belle venue, semblant avoir tous les attributs de la santé et de la force de perpétuation de leur lignée. On dirait

que ce mélange de deux sangs étrangers a donné au produit une activité organique heureuse et que les forces, la santé du père et de la mère ne se sont pas additionnées, mais multipliées chez l'enfant mulâtre.

Si ces mulâtres se croisent dans de bonnes conditions se rapprochant tour à tour du sang blanc et du sang noir suivant qu'ils sont eux-mêmes à tel degré de métissage, on voit leur descendance présenter les attributs de la force et de la santé de la manière la plus satisfaisante. Mais si au contraire ils restent dans leur sphère de métis s'alliant avec des mulâtresses du même degré ou à peu près, on voit bientôt la lignée déchoir physiologiquement et la méningite, la tuberculose, d'autres affections que je n'indiquerai pas et qui cependant entrent pour une large part dans l'œuvre de destruction de la nature, viennent arrêter la perpétuation de la race métisse, comme elles avaient arrêté la descendance des blancs et des nègres.

Si, en songeant à ces particularités ethnographiques on se demande quelle sera l'influence des mouvements politiques et sociaux dont le monde est le théâtre depuis plusieurs siècles, on arrive à des conclusions qui s'imposent au raisonnement et qui ne tendent rien moins qu'à la pensée que les Antilles sont destinées à voir leur population diminuer d'une manière très accentuée, alors que tant d'autres pays vont en augmentant d'habitants. Et en effet, tant que l'état de la société française était tel que nombre de cadets de famille et d'autres individus, aimant les aventures des voyages lointains était grand, les îles comme la Martinique recevaient périodiquement de nouveaux habitants européens qui, se fixant dans le pays, y faisaient souche. D'autre part, à cette époque, la traite des nègres y apportait régulièrement des mélaniens, dont les plus belles filles étaient destinées au métissage, et il s'en suivait que quelque fragile que fût la descendance, elle était assez nombreuse pour que la population augmentât. C'était la fable des danaïdes, qu'on me passe la comparaison, mais le tonneau n'était pas trop percé et le nombre de ceux qui l'emplissaient était assez nombreux pour que le niveau montât peu à peu. Mais, d'une part, les européens ont presque entièrement cessé leur mouvement d'émigration vers les Antilles, l'abolition de cet horrible trafic, qu'on appelait la traite des nègres, a tari la source des mélaniens et la population martiniquaise doit, dans un temps prochain, diminuer d'une manière considérable ; cette diminution est déjà très appréciable pour l'observateur, les dissensions intestines de la colonie ne font que précipiter le mouvement, car les blancs, ou prétendus tels, ne voudraient à aucun

prix se mésallier; les mulâtres n'aiment pas à contracter des unions régulières avec les négresses, de sorte que les mariages se renferfermant d'une manière plus étroite dans des catégories de gens du même degré, il arrive que ce mouvement expansif résultant du rapprochement des extrêmes est très faible; la méningite, le croup, chez les enfants, la tuberculose chez les adolescents et les adultes, va, faisant des ravages de plus en plus considérables.

Ce que je dis pour la Martinique est général, peut-on dire, à toutes les petites Antilles et se constate aussi bien dans les possessions françaises que dans celles de l'Angleterre. L'économiste peut prévoir le moment où la dépopulation surviendrait si, pour telle ou telle raison, les apports d'individus étrangers venaient à se tarir et même continuent à être restreints dans la limite actuelle.

Je n'ai pas à entrer ici dans cette question du repeuplement des pays précités, et à d'autres de dire si l'état présent n'est pas le résultat de la mesure impolitique autant que barbare qui détruisit les caraïbes; peut-être que la repopulation des Antilles devra être demandée aux races indigènes des Guyanes de la côte ferme du Mexique, etc., etc., mais c'est là un sujet qui ne peut m'arrêter ici et sur lequel on me permettra de ne pas m'étendre.

Je n'ai pas voulu donner à mon exposition et plus d'étendue et plus de précision, sachant bien que ces études d'ethnographie se font sur un terrain brûlant et se heurtent à chaque pas à des passions humaines étrangères aux questions scientifiques. Je me bornerai donc à formuler cette opinion des mauvaises conditions que présentent les Antilles pour la perpétuation de la lignée des diverses races qui se rencontrent, et je prie surtout le lecteur de ne voir dans mon dire que l'expression des recherches et des vues absolument scientifiques, je veux rigoureusement me tenir dans ce champ et répudie à l'avance toute allusion, toute déduction qui pourrait résulter de ces vues pour les passions de tous les jours. D'autant, qu'on ne s'y trompe pas, que lorsqu'en ethnographie comme en économie politique ou sociale, on parle des oscillations de la population, on discute sur des faits qui comprennent un ou plusieurs siècles pour leur évolution. Les besoins de la vie de tous les jours, les calculs d'établissement, de carrière d'un individu, etc., etc., portent sur de si petits espaces de temps, au contraire, qu'ils ne sauraient, dans la pratique, réagir ou être influencés par l'agitation de ces grands problèmes de l'antrhopologie.

Quoiqu'il en soit, nous sommes arrivé à cette conclusion que beaucoup d'Européens peuvent vivre à la Martinique, le problème

de leur existence est donc infiniment plus facile à résoudre qu'au Sénégal, par exemple, où nous avons dit que la vie était une lutte perpétuelle et malheureuse contre les influences morbides et mortelles. L'hygiène doit donc réclamer à la Martinique et moins de sévérité et moins de soins, me dira-t-on ? Je me hâterai de répondre : non, les lois de l'hygiène doivent être observées avec une grande attention dans le pays, car, ne nous y trompons pas, c'est elle qui permet à l'Européen d'y vivre souvent assez bien, et pour bien faire comprendre ma pensée, je dirai : on peut se figurer les deux pays de la Martinique et du Sénégal comme également menaçants pour la santé de l'homme né dans la zone tempérée, la seule différence qu'il y ait entre eux, c'est que, quelque soin qu'il prenne de sa santé, le blanc ne sera pas toléré par l'inclément Sénégal, et la maladie, la mort rapide, seront la conséquence fatale de son séjour dans le pays, tandis, au contraire, qu'avec des soins, des précautions, cet homme blanc pourra être toléré par le climat martiniquais. Mais ne nous y trompons pas, les deux pays sont également menaçants, aussi funestes pour l'imprudent qui a la témérité de ne pas compter avec les lois de l'hygiène.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Je ne dirai que quelques mots très courts au sujet de l'hygiène publique de la Martinique; j'y ai vu les choses de très près pendant mon séjour dans la colonie, et comme je ne voudrais pas qu'on pût penser que je désire, par parti pris, trouver mal tout ce qui s'y fait, je préfère garder le silence. Les rapports que j'ai adressés à l'autorité locale touchant les mille et mille *desiderata* de l'hygiène des rues, des hôpitaux, des prisons, des casernes, de maints établissements tels que les écoles, les dépôts d'émigrants, le lazaret, dans un ordre d'idées, les abattoirs, les cimetières, etc., etc., dans un autre ordre, ont suffisamment montré, je crois, aux intéressés, ce qui se fait et ce qui devrait se faire ; je n'insisterai donc pas ici là-dessus et c'est à peine si je consacrerai quelques lignes rapides à la question des quarantaines, qui a l'importance la plus grande pour la défense de la colonie, vis-à-vis des menaces incessantes d'épidémie qui lui viennent de toutes parts.

Je l'ai répété à satiété, les petites Antilles sont, dirait-on, le pays par excellence pour l'éclosion et l'évolution d'un grand nombre de maladies contagieuses, dont les germes sont apportés du dehors, et la Martinique doit à sa sévérité en matière

de quarantaine d'avoir été moins éprouvée que nombre d'îles voisines dans ces dernières années. Mais j'ajouterai encore et ne saurais trop le redire, tant j'estime que les dangers à courir pourraient être grands, il faut que tous dans l'île, du grand au petit sans exception, aient le bon sens de comprendre que la sécurité, en matière de quarantaine, ne peut être espérée que si le service sanitaire est bien et rigoureusement bien organisé et bien fait.

Or, la première condition pour que ce service, qui froisse des intérêts pécuniaires plus ou moins grands, toutes les fois qu'il exerce son action, fonctionne comme il faut, sans faiblesse coupable comme sans mollesse dangereuse, il faut qu'il soit fait par des gens assez étrangers au pays pour n'être pas influencés par des considérations de famille, d'amitié, etc., etc. Par conséquent, tous les postes importants de ce service doivent être confiés aux médecins de la marine en activité de service, et je dirai plus, si on veut que je formule toute ma pensée, les médecins de la marine en activité de service à la Martinique, ne devraient y passer que peu de temps.

Certes, on aurait tort de croire que je veux par là ou jeter un blâme ou une note défavorable soit sur les créoles, soit sur les Européens qui se sont laissés séduire par ces admirables pays des Antilles ; loin de moi cette pensée. Mais qu'on le comprenne bien, pour pouvoir appliquer des mesures préjudiciables à certains intérêts pécuniaires, il faut, dans tous les pays, avoir une indépendance très grande vis-à-vis de tout le monde, et on sent bien que celui qui est lié dans telle ou telle direction par des relations de parenté ou autres, a naturellement moins d'indépendance qu'un étranger. Je sais certes, mille fois, qu'on peut compter assez sur l'honorabilité de tous les fonctionnaires dans notre pays pour ne pas craindre la moindre tergiversation avec le devoir et, en particulier je suis disposé à croire que les fonctionnaires créoles sont moins capables que personne de se laisser influencer par autre chose que le bien public. Mais ne serait-ce que pour que celui qui doit faire appliquer le règlement ait des coudées plus franches à tous égards, on admettra avec moi qu'il vaut mieux qu'il soit étranger au pays.

Malgré le ferme désir que j'avais en commençant à écrire ces pages de ne pas insister sur certaines défectuosités, je ne puis me résoudre à quitter l'étude actuelle sans dire un mot encore sur une d'elles, qui m'a choqué pendant tout le temps de mon séjour dans la colonie et contre laquelle je me suis élevé maintes et maintes fois avec insistance.

Pour bien faire comprendre la chose, qu'on me permette de rapporter une impression qui m'est personnelle et qui, j'espère, montrera d'une manière assez tangible tout ce qu'il y a de fâcheux dans la présence d'un cimetière à la porte même de l'hôpital militaire de Fort-de-France.

Lorsque j'arrivai à la Martinique, le 21 octobre 1875, j'avais 43 ans, j'étudiais la médecine depuis près de vingt-quatre années, j'avais assisté à un assez grand nombre des épidémies et des guerres qui ont eu lieu dans la sphère de la marine française, et par conséquent j'étais, qu'on me passe l'expression, un peu cuirassé contre les impressions pénibles que donne le spectacle des misères de notre pauvre humanité.

Nous débarquâmes à la première heure du jour dans la baie du Carenage, sous ces magnifiques et gigantesques sabliers, qui sont le vestige des premières plantations faites par les Français venant s'établir à la Martinique; la vue de la *Savane*, de l'admirable panorama que l'on a sous les yeux à Fort-de-France, m'enchanta, je dois dire, et je me laissai aller, en attendant l'heure du déjeuner, à promener dans la ville pour y jeter un premier coup d'œil investigateur, car enfin, ayant deux longues années à passer dans cet endroit, il était assez naturel d'être curieux de savoir rapidement les espérances de bien-être, les appréhensions de mal-être qu'un Européen pouvait avoir dans ma situation.

Les rues droites et propres, les ruisseaux d'eau limpide et courante que je voyais çà et là, l'aspect de la cascade de l'aqueduc Gueydon, me disposèrent très favorablement et, marchant droit devant moi, j'arrivai jusqu'au bout de la ville, cherchant l'hôpital militaire, dont on m'avait indiqué la situation.

La première chose que je vis quand j'arrivai dans le lieu précité, fut un cimetière garni de tombes grandes et petites en nombre tel qu'il n'y avait plus une seule place, les morts y étaient serrés comme des soldats à la parade et les murs d'enceinte laissés assez peu élevés pour que l'œil pût envisager d'un seul coup et sans obstacle, le panorama du lieu où tant de pauvres diables étaient arrivés à leur dernière étape. Je fus révolté de cet oubli des convenances que l'on doit aux pauvres malades et, depuis, mon sentiment ne s'est absolument pas modifié.

Qu'on se mette un moment à la place des malheureux militaires et marins qui sont apportés à l'hôpital de Fort-de-France : le plus souvent, c'est un pauvre enfant que la conscription ou la levée ont enlevé brusquement aux joies de la famille pour le jeter au milieu

du tourbillon militaire; il est déjà effrayé avant de partir d'Europe au nom seul de la Martinique, qui résonne d'une manière funèbre à ses oreilles pendant la traversée, il a écouté avec trop de crédulité et de terreur ces histoires lugubres que les camarades racontent à plaisir pour faire trembler les conscrits; à peine a-t-il touché le sol qu'il est malade, et sa première pensée est que l'ancien le lui avait prédit, il se croit déjà à moitié mort, sans que personne, que rien ne vienne remonter son pauvre moral.

On décide qu'il va être porté à l'hôpital et un nouvel effroi vient s'ajouter aux autres. L'hôpital! c'est le lieu où l'on arrive peu de temps avant de mourir, lui a-t-on dit. Au moment où placé sur le cadre de l'ambulance, on l'arrête à la porte de l'établissement pour faire viser le billet d'entrée et remplir les formalités d'usage, le malheureux lève la tête, comme le condamné arrivé sur la place d'exécution, et à Fort-de-France, que voit-il tout d'abord, un vaste champ de tombes dans lequel son esprit affolé cherche déjà la place où il sera enseveli. Comprend-on que le malheureux jeune homme qui passe par de pareilles épreuves soit dans de tristes conditions pour résister aux atteintes morbides qui l'assaillent? J'en appelle à la conscience de tous. Que celui qui, en pareille circonstance, resterait indifférent, me dise que j'ai tort.

Toutes ces tombes sont lugubres; une entre autres : celle d'un médecin ayant longtemps vécu dans le pays, prend la forme d'un spectre, le soir, quand on la regarde de la grande salle qui se trouve au milieu de la cour de l'hôpital et où il y a de cinquante à quatre-vingts malades, de sorte que plus d'un pauvre diable, qui se lève pour la première fois, voit tout à coup cette image effrayante pour les pusillanimes; j'en ai vu qui n'osaient regarder dans cette direction pendant tout leur séjour à l'hôpital.

J'ai demandé du premier au dernier jour de mon séjour dans la colonie, à toutes les autorités locales et à chaque instant, qu'on élevât d'un mètre le mur de clôture de ce cimetière pour cacher la vue des tombes aux malades, que ce spectacle ne fait qu'effrayer sans profit; je n'ai pu l'obtenir. Puisse ce que je dis ici émouvoir un jour le cœur d'un de ceux qui commandent à la Martinique! Au prix d'une bien minime dépense il aura fait disparaître une puissante cause d'effroi pour les pauvres militaires et marins que la maladie guette et saisit pendant qu'ils servent dans ce pays.

Ce cimetière a été trouvé trop voisin de l'hôpital et des lieux habités et on a décidé, depuis nombre d'années, qu'il serait remplacé par un autre; mais par une condescendance que je réprouve

énergiquement, on a décidé que ceux qui possèdent des caveaux de famille pourront continuer à y ensevelir leurs morts. Or, il s'en suit que non seulement ceux qui possèdent les caveaux sont encore admis dans le cimetière, mais nombre de ceux qui n'en ont pas trouvent l'hospitalité dans la tombe d'un ami, et comme la surveillance n'est ni exacte ni sévère, les prescriptions d'hygiène publique, qui commandent de n'introduire dans un caveau que des corps placés dans un cercueil en plomb sont absolument négligées, de sorte qu'on a, à toucher l'hôpital militaire, un véritable charnier où pourrissent, presque à l'air libre, des corps dont l'odeur incommode le voisinage à certains moments.

Je me hâte de quitter ce sujet et d'arriver à l'étude d'autres points du cadre que comprend ce livre; je vais donc m'occuper sans plus tarder de l'hygiène privée.

HYGIÈNE PRIVÉE.

N'ayant ici à parler que de ce qui est spécial à la Martinique et non de ce qui touche l'hygiène privée dans les autres pays tropicaux, on me permettra de ne pas entrer dans tous les détails qui seraient de mise dans une étude plus générale, et mon exposition va se partager en trois grandes sections : A, ce qui regarde la période qui précède l'arrivée à la Martinique; B, ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter de faire ou de subir pendant qu'on y est; C, ce qu'il convient d'observer sous le rapport de l'hygiène quand on quitte la colonie pour rentrer dans la zone tempérée. La division est simple, tombe facilement sous le sens ; entrons donc sans plus tarder dans son exposition détaillée.

Considérations touchant la première période d'un voyage à la Martinique. (Conditions du départ.)

Cette première période doit naturellement commencer pour nous avant l'arrivée dans la colonie et nous avons besoin : 1° de voir quel choix il faut faire parmi les individus qu'on veut envoyer à la Martinique; 2° quel est le moment le plus propice pour leur faire quitter l'Europe; 3° les précautions qu'ils doivent prendre dès qu'ils arrivent dans la zone tropicale et bientôt après dans la colonie.

CHOIX DES INDIVIDUS.

Il y a longtemps qu'on a démontré, tant par le raisonnement que par les chiffres, que l'homme n'est pas cosmopolite, mais bien créé

pour vivre dans un certain périmètre plus ou moins grand autour de son lieu de naissance et on constate sans beaucoup de peine que ce périmètre comprend, d'une maanière assez clairement appréciable, ce qu'on appelle un climat partiel. La logique en déduit que, puisque l'homme a été créé dans ces conditions, il souffrira d'autant moins quand il émigrera, qu'il aura soin de se diriger vers des climats plus analogues à celui de son origine. On a vu maintes exceptions à cette règle, il est vrai; les habitudes se modifiant suivant telle ou telle nécessité, l'activité intellectuelle de l'homme lui fournissant des moyens de combattre précisément les conditions extérieures qui lui seraient nuisibles, et cela assez complètement ou assez habilement pour pouvoir se créer un milieu normal, à vrai dire, de telle sorte qu'il a l'avantage de se trouver *chez lui* dans les pays les plus éloignés presque partout sur la terre. Mais il n'en est pas moins vrai que ces exemples ne sont que de minimes exceptions et qu'on peut se ranger sans crainte à cette opinion : que 1° l'homme n'est pas cosmopolite ; 2° qu'il courra d'autant moins les dangers du dépaysement qu'on l'aura transporté dans un climat moins différent de celui de son origine.

La maladie qui prélève aux Antilles, le plus lourd impôt de sang est la fièvre jaune, on le sait; c'est la maladie qui semble être le moyen employé par la nature pour faire respecter cette loi : que chacun doit rester dans son pays; il était naturel qu'on recherchât si elle frappe également tous les Européens qui viennent s'exposer à ses coups, et il y a longtemps qu'on a démontré que les Espagnols, les Portugais, les Italiens, résistaient mieux que les Anglais, Danois, Norwégiens, etc., etc.; le fait se comprend d'ailleurs assez bien ; on peut par la pensée admettre que, de l'équateur au pôle, le sang, les races passent par gradations insensibles, comme la température, d'un extrême à l'autre, et si telle condition spéciale recule ou avance à certains endroits un peu plus ou un peu moins la force de résistance, il n'en est pas moins vrai que cette résistance à la fièvre jaune est un peu comme les lignes isothermes, c'est-à-dire en relation assez exacte, toutes choses égales d'ailleurs avec la position vis-à-vis de l'équateur.

Quand je me suis occupé de la fièvre jaune à la Martinique, j'ai eu l'idée de chercher, pour notre pays, quelles sont les contrées qui fournissent le plus d'aliments pour la fièvre jaune, et je suis arrivé à des résultats assez intéressants; en effet, tandis que les habitants de l'extrême midi m'ont paru avoir une prédisposition qu'on peut représenter par 1, ceux de l'extrême nord avaient une prédisposition de 5.17 ; le tableau suivant va d'ailleurs fournir les détails précités.

Tableau de la prédisposition des Français, de diverses contrées, à contracter la fièvre jaune à la Martinique.

Nord.	Nord, Pas-de-Calais, Somme.................	1.89
Nord-Ouest.	Seine-Inférieure, Eure, Calvados, Manche, Orne.	1.91
Centre Nord.	Oise, Aisne, Seine-et-Oise, Seine, Seine-et-Marne, Aube, Marne, Haute-Marne...............	1.72
Nord-Est.	Ardennes, Meuse, Moselle, Meurthe, Vosges, Haut-Rhin, Bas-Rhin.....................	5.17
Ouest.	Ile-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan, Loire-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Charente-Inférieure.....................	2.44
Centre.	Charente, Haute-Vienne, Vienne, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Eure-et-Loir, Loiret, Yonne, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Indre, Cher, Nièvre, Allier, Creuse....................	2.73
Est.	Haute-Saône, Côte-d'Or, Doubs, Saône-et-Loire, Jura, Ain, Rhône, Isère..................	1.72
Sud-Est.	Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Var, Drôme, Vaucluse, B.-du-Rhône, Corse, Alpes-Maritimes.	1.00
Centre Sud.	Loire, H^te-Loire, Puy-de-Dôme, Corrèze, Cantal, Lozère, Ardèche, Aveyron, Lot, Dordogne...	2.49
Sud.	Gard, Hérault, Tarn, Aude, Pyrénées-Orientales, Ariège, Haute-Garonne, Tarn-et-Garonne...	1.04
Sud-Ouest.	Lot-et-Garonne, Gironde, Landes, Gers, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées................	2.17
	Moyenne de toute la France...........	2.20

Ces chiffres sont très intéressants, il me semble, car ils montrent bien exactement que plus les sujets proviennent d'un pays froid, plus ils fournissent un contingent considérable à la maladie. Je n'ai malheureusement pas fait encore un travail analogue pour la dysentérie, qui touche et emporte au moins autant d'individus que la fièvre jaune, de sorte que l'indication que je puis fournir en ce moment n'est pas complète; néanmoins, avec ces résultats, nous pouvons déjà répondre à cette question du choix des individus à envoyer aux Antilles. C'est tout naturellement ceux qui fournissent l'appoint le moins considérable à la maladie.

Les militaires et marins étant pris parmi les adultes, je ne pouvais trouver dans les archives des hôpitaux militaires de la Martinique, des indications touchant l'âge le plus ou le moins propice à l'envoi

dans les colonies des Antilles; j'ai cherché à suppléer à cela par mon observation, et je suis d'ailleurs arrivé à ce résultat très rationnel que l'âge adulte, c'est-à-dire de 25 à 30 ans, est celui qui convient le mieux. A cet âge, la résistance organique est à son summum; le sujet a payé son tribut aux maladies de l'adolescence et celles de l'âge mûr sont encore éloignées.

L'observation m'a porté à penser que les femmes fournissent, toutes choses égales d'ailleurs, moins d'aliment à la fièvre jaune et à la dysentérie; je ne crois pas que ce soit une aptitude spéciale dépendant directement du sexe, mais au contraire c'est le résultat de la manière de vivre, et nous trouvons dans cette particularité des médications précieuses sur les choses qu'il faut éviter à la Martinique, comme d'ailleurs partout. Plus loin, quand je parlerai du séjour dans le pays, je reviendrai sur cette question et m'appuierai sur ce résultat pour dire combien l'exposition au soleil et l'intempérance sont choses pernicieuses à la santé dans le pays qui nous occupe.

Moment de l'arrivée dans la colonie.

Lorsque je me suis occupé du moment où les européens devaient arriver au Sénégal, j'ai dit que : 1° il fallait choisir la saison fraîche; 2° attendre que les marécages fussent à leur minimum d'activité et 3° enfin, qu'il fallait avoir soin de les envoyer assez avant l'arrivée de la mauvaise saison prochaine, pour qu'ils eussent, pour ainsi dire, le temps de s'habituer aux nouvelles conditions d'existence qui allaient leur être imposées.

L'on s'en souvient, l'écart entre les divers mois de l'année est très considérable au Sénégal, de sorte que la concordance des trois conditions précitées était assez difficile à obtenir, et je suis arrivé à fixer le période des trois mois de décembre, janvier et février.

A la Martinique, les conditions sont un peu différentes, il est nécessaire, comme au Sénégal, de choisir la saison relativement fraîche, mais le pays n'étant pas soumis à l'influence paludéenne d'une manière aussi générale qu'à la côte d'Afrique, l'Européen qui doit venir séjourner à Fort-de-France ou à Saint-Pierre, n'a pas besoin de s'occuper du moment du dessèchement des marais, il n'y a plus que deux conditions: A. Saison fraîche; B. Moment aussi éloigné que possible de la mauvaise saison prochaine, pour que le corps ait le temps de s'habituer à la nouvelle manière de vivre qui lui est imposée, par conséquent novembre, décembre et janvier me paraissent les moments les plus favorables. A la rigueur, on peut quitter la France dans les dix derniers jours d'octobre; la traversée des bateaux à

vapeur étant actuellement de 14 à 20 jours de la métropole à la colonie; l'individu qui sera assez sage pour éviter avec soin de s'exposer au soleil pourra n'arriver à la Martinique qu'en février, qu'en mars, par exemple, mais ce sont, on le comprend, les extrêmes, et novembre, décembre, janvier, restent le moment le plus propice pour l'arrivée.

Considérations touchant la seconde période d'un voyage à la Martinique (conditions du séjour).

On me permettra de suivre, à propos de la Martinique, le cadre que j'ai parcouru en parlant du Sénégal et je vais, par conséquent, parler tour à tour des circumfusa, ingesta, excreta, applicata, percepta et gesta, comme on le voit dans les principaux traités d'hygiène, celui de Michel Levy, par exemple. Ai-je besoin de dire ici, comme lorsque je me suis occupé de l'hygiène au Sénégal, que dans le cas spécial où nous nous trouvons ici, j'ai pour objectif d'utiliser seulement les données que nous indiquent les livres classiques, de sorte que le lecteur doit, au préalable, avoir en mémoire les préceptes que donnent ces livres; c'est, en un mot, l'application de ce que nous avons tous appris déjà dans nos études médicales que nous allons faire ensemble.

CIRCUMFUSA.

On entend, on le sait, par circumfusa en hygiène, tout ce qui regarde les airs, les eaux, les lieux comme le comprenait Hippocrate. Nous allons donc tracer, à grands traits, les principales règles pour conserver la santé, dans un pays où les airs, les eaux, les lieux présentent tant de différences d'avec ce que l'Européen était habitué à voir dans son pays natal.

Des Airs.

Le lecteur, qui a suivi ce que j'ai dit à maintes reprises au sujet de la climatologie médicale de la Martinique, est fixé, j'espère maintenant, sur la question du paludisme dans ce pays. Parmi les auteurs qui ont écrit dans les années précédentes sur la Martinique, un assez grand nombre, et il est à remarquer que parmi eux se trouvent des autorités incontestées en pathologie exotique, ont cherché à réagir contre cette tendance qu'on a à voir le paludisme partout et toujours dans les contrées tropicales. La question me paraît suffisamment élucidée actuellement, et j'espère que le lecteur adoptera mon opinion et croira, comme moi, qu'à la Martinique il y a quelques

rares endroits où ce paludisme ou ce tellurisme règne, mais que dans la grande majorité des localités, il n'est pas à incriminer d'une manière aussi aveugle, que ce qui a été fait par beaucoup.

Je n'ai pas besoin d'indiquer de nouveau ces localités marécageuses; d'ailleurs le paludisme n'a pas ici des allures différentes de ce qui est dans les autres pays, il se présente dans des endroits ayant exactement les attributs classiques du pays à malaria. A savoir : portions plates de terrains humides par le fait de la stagnation de l'eau, mélangedans certains endroits de l'eau douce avec l'eau salée. Abondance des détritus végétaux ou d'organismes inférieurs tour à tour humectés et desséchés brusquement par un soleil ardent, les localités de la Rivière Salée, de la Rivière Pilote ; de certains fonds de case-navire sont dans ces conditions; les travaux d'assainissement tentés dans les environs immédiats de Fort-de-France ont fait disparaître presque complètement cette influence marécageuse dans le chef-lieu de la colonie.

Les casernes de la Martinique, à Saint-Pierre comme à Fort-de-France, ne sont pas dans de très bonnes conditions d'hygiène, il faut en convenir, mais néanmoins, elles ne sont pas trop défectueuses sous le rapport du paludisme, et si on continue les travaux d'assainissement de la savane qui appartient à l'artillerie, on pourra bientôt dire que les artilleurs ne sont pas plus mal partagés que les fantassins, sous le rapport de ce paludisme.

L'hôpital militaire de Fort-de-France n'est pas dans de très bonnes conditions hygiéniques encore, et si les travaux d'assainissement des terrains environnants qui ont été faits dans ces dernières années ont eu d'excellents résultats, il faut convenir qu'il a encore bien des imperfections. Il est fâcheux, j'ai eu l'occasion de le dire souvent, qu'on n'ait pas eu l'idée de le construire à mi-côte, soit sur les revers du morne, qui supporte le Fort Desaix, soit sur celui du morne Tartenson, et s'il était possible de déplacer l'établissement après les travaux considérables qui y ont été faits, l'hygiéniste n'aurait qu'à applaudir; malheureusement ce serait aujourd'hui une si grave affaire d'argent, qu'on se demande vraiment si jamais on pourra faire cette translation.

Pour ce qui est des habitations civiles, on doit conseiller aux européens qui peuvent les choisir dans tel ou tel quartier de la ville dans laquelle ils doivent séjourner, de prendre une maison exposée à l'action de la brise de N-E, qui rafraîchit l'atmosphère en même temps qu'elle l'assainit. Il faut que cette maison soit largement ventilée si on veut qu'elle soit saine; et il ne faut pas oublier que, plus

peut-être à la Martinique que dans maints endroits, les miasmes morbigènes se créent avec une facilité extrême dès que l'air ne circule pas largement dans tous les coins et recoins d'une localité. Ici comme partout, loger au milieu de la végétation est une bonne chose et l'éloignement des quartiers où la population est dense et agglomérée dans de mauvaises conditions doit être la préoccupation de celui qui désire vivre dans une atmosphère pure.

Des Eaux.

La question des eaux n'a pas, à la Martinique, l'importance qu'elle a au Sénégal, en Cochinchine ou dans maints pays tropicaux : on peut dire que ces eaux sont ici un facteur très minime dans la production des maladies, car s'il est incontestable que sous les tropiques les détritus organiques sont extrêmement abondants sur le sol et souillent facilement les eaux de la boisson, en revanche, les cours d'eau de la Martinique sont si franchement torrentueux, que le plus souvent ils ont un lit exclusivement formé de pierres qui n'abandonnent, par le lavage, aucune matière organique; de sorte que la pureté de ces eaux est excessivement favorable à la santé.

J'ai dit précédemment que, depuis le passage à la Martinique de l'amiral de Gueydon, la ville de Fort-de-France, qui jusque-là avait été relativement privée d'eau, puisqu'on y était réduit à recueillir les pluies dans des jarres disposées sous les gouttières ou qu'il fallait aller la prendre à la rivière Madame, qui est dans le voisinage de la ville, souillée par maintes déjections, que la ville de Fort-de-France, dis-je, a été dotée d'un aqueduc qui lui apporte de l'eau courante prise dans les environs du camp Balata, des sources thermales ferrugineuses de Didier et d'Absalon. Cette eau présente aujourd'hui des caractères qui doivent la faire considérer comme bonne sous le rapport de l'hygiène et il faut applaudir à l'heureuse idée de M. de Gueydon, qui a réellement rendu là un très grand service à la population. Mais cependant il faut reconnaître que, sous le rapport de la dysentérie ou de la fièvre intermittente, il n'y a eu absolument aucune variation de chiffres qu'on pût rattacher à la création de cet aqueduc; cette dysentérie est restée absolument dans les mêmes proportions avant comme après; ayant ses oscillations dépendant d'une autre cause; quant à la fièvre paludéenne, elle n'a diminué d'une manière apparente que lorsqu'on combla le fossé qui reliait le carénage à la rivière Madame et qui était un marais infect à tous égards.

Je dois dire un mot de ce qui reste de ce marais; l'autorité locale,

soucieuse de la santé de la population de Fort-de-France, devrait bien faire terminer le comblage de la partie qui va du pont de l'hôpital militaire à la rivière Madame, il y a là encore une cinquantaine de mètres de cloaque infect dans lequel des germes de fièvre et d'empoisonnement de l'air s'élaborent en plein soleil.

J'ai parlé précédemment des eaux de Saint-Pierre et j'ai discuté la question : de savoir si la dysentérie de la localité a pu reconnaître pour cause l'usage de l'eau de la rivière Roxelane ; j'ai démontré, je crois, le contraire, et par conséquent, tout en applaudissant à la mesure qui a doté la ville de Saint-Pierre d'eaux courantes abondantes, nous ne dirons pas que ces eaux ont fait diminuer en quoi que ce soit la dysentérie. Quant à la fièvre paludéenne, on sait bien qu'elle est inconnue à Saint-Pierre, c'est-à-dire que les fébricitants qu'on y voit ont contracté leur maladie ailleurs que sur place même. Catel, Rufz de Lavison, Lota, Dutrouleau lui-même, ont prouvé la chose d'une manière si péremptoire, qu'il serait vraiment oiseux d'y revenir et d'insister de nouveau sur ce point.

Les Lieux.

C'est surtout des habitations que nous avons à parler ici. Nous avons dit précédemment qu'à Fort-de France les maisons sont bâties en bois, depuis surtout le fameux tremblement de terre de 1839. Il y a bien quelques maisons en pierre encore, mais le plus souvent les murs en maçonnerie s'arrêtent au premier étage.

A Saint-Pierre, les habitations sont encore en pierre, et malgré les frémissements si fréquents du sol, on n'a pas eu de malheur à déplorer ; mais quand on songe que, de la fin du XVIIe siècle à 1839, la ville de Fort-de-France a pu vivre sans inquiétude pour se réveiller un jour sous les décombres, on tremble pour l'avenir de Saint-Pierre, qui peut un jour ou l'autre être bouleversée à son tour, et on se prend à désirer que l'autorité locale prenne des mesures pour que désormais au moins, les nouvelles constructions soient en bois, en prévision d'un tremblement de terre plus fort que ceux qu'on ressent ordinairement dans le pays.

J'ai décrit précédemment les habitations de Saint-Pierre et de Fort-de-France, je n'ai pas à revenir sur ce point, mais on me permettra de faire remarquer que très malheureusement les constructeurs ont négligé quelques détails qui eussent rendu l'habitation plus agréable et plus saine.

Il serait à désirer que les maisons de la Martinique fussent munies toujours d'une large véranda ou balcon couvert, de manière à ce

que le soleil ne chauffât pas directement les murs des chambres; on pourrait ainsi se promener, prendre l'air sans s'exposer aux rayons ardents, qui sont dans ce pays la plus grande, la plus terrible cause de maladies que je connaisse.

Sans doute il serait désirable qu'à Fort-de-France, comme à Saint-Pierre, les maisons ne fussent pas agglomérées comme dans les villes des pays froids, chaque habitation devrait être entourée d'une cour ou d'un jardin dans lequel l'air circulerait largement. Mais si une telle disposition est bien difficile à réaliser aujourd'hui à cause du prix des terrains urbains, il serait au moins possible, en garnissant la façade des maisons déjà existantes d'un large et vaste balcon, d'améliorer d'une manière très remarquable les conditions de l'hygiène; les balcons qui devraient être couverts, ai-je dit, auraient là, outre l'avantage de fournir aux passants de la rue une ombre salutaire à certains moments de la journée, sans compter que lors des averses, si fréquentes dans le pays, on trouverait sous ces balcons un refuge qui, quelque précaire qu'il fût, constituerait une amélioration énorme sur ce qui existe actuellement. Quand on a vu le bien-être qui existe dans les habitations d'une infinité de pays analogues à la Martinique, on se sent pris d'un sentiment de commisération pour ceux qui sont obligés d'habiter Fort-de-Fance et Saint-Pierre. Si les villes de Saint-Louis, au Sénégal, de Pondichery, dans l'Inde, de Saigon, en Cochinchine, de Cayenne, à la Guyane, étaient construites comme à Saint-Pierre et à Fort-de-France, on y rôtirait, à proprement parler. Et si, à la Martinique, les habitations étaient construites comme à Pondichéry ou à Cayenne, par exemple, on peut affirmer que l'existence y serait infiniment moins pénible qu'elle ne l'est actuellement dans ces maisons construites sans le souci du bien-être, si nécessaire dans les pays chauds.

Il suffirait peut-être qu'un Européen construisît, dans une des villes précitées de la Martinique, une habitation bien entendue sous le rapport de l'hygiène, pour que désormais son plan fût reproduit et devînt le type des maisons dans l'avenir. Je suis d'autant plus porté à le penser, que, si je ne me trompe, la caractéristique du créole est une notable absence de l'esprit d'invention. Dans ce pays, on fait ce qu'on a vu faire sans jamais créer quelque chose de spécial, de particulier, de vraiment nouveau; ce qu'on voit, ce qu'on entend, n'est absolument que l'écho de quelque chose qui a existé déjà ailleurs. Il est à croire qu'on copierait les maisons favorables à l'hygiène comme on a copié les dispositions actuelles des habitations construites par les premiers Européens venus dans le pays, si

quelqu'un faisait aujourd'hui un modèle plus en rapport avec les besoins de bien-être devenus plus nécessaires que dans le passé.

INGESTA.

La question de l'alimentation est très importante dans tous les pays et pour toutes les classes de la population sous le rapport de l'hygiène; elle est plus importante encore peut-être à la Martinique qui, en sa qualité de pays tropical, met l'Européen dans des conditions assez anormales d'existence pour que sa vie soit une lutte de tous les instants dans laquelle l'appoint fourni par une bonne ou mauvaise alimentation ne saurait passer inaperçu.

Comme je le disais en m'occupant de l'hygiène du Sénégal, il semble de prime abord qu'il ne soit pas bien difficile de formuler ce qu'il faut prendre ou rejeter pour satisfaire aux lois d'une bonne hygiène alimentaire, mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit bientôt que le problème est autrement compliqué qu'on ne se le figurait au début, car, d'une part, le goût de l'Européen transporté dans le pays chaud s'émousse, se pervertit de telle sorte qu'il faut compter davantage avec son estomac, infiniment plus susceptible et plus difficile à contenter; d'autre part, il arrive souvent qu'à certains moments de l'année la variété des aliments fait défaut ou même lorsque cette variété est suffisante, la qualité laisse beaucoup à désirer.

Sans doute, la Martinique est un pays plus favorisé que le Sénégal sous le rapport de la nourriture, on ne saurait le mettre en doute quand on voit la sécheresse de l'atmosphère, l'aridité du sol pendant six ou huit mois en Sénégambie et qu'on lui oppose la tiède humidité de l'air, la fécondité de la terre, perpétuelles à la Martinique, mais néanmoins, ne nous laissons pas aveugler par des dehors agréables, charmants même, et si nous allons au fond des choses, nous voyons qu'il faut singulièrement en rabattre de sa première opinion. Certes, si les légumes sont plus abondants en toute saison dans notre colonie antillienne, on peut répondre que, lorsqu'on sait y tenir la main, on a au Sénégal de la viande de boucherie autrement riche en principes nutritifs; et au fond pour la conservation de la santé, je ne sais pas ce qui est le plus fâcheux ou le plus désirable dans cet ordre d'idées.

Je n'ai pas à faire ici une étude classique de l'hygiène alimentaire, c'est bien entendu. Le lecteur de mon livre a déja lu dans les ouvrages qui sont entre les mains de ceux qui apprennent la médecine et qui renseignent d'une manière complète et méthodique sur

les divers points de cette grande question. C'est tout au plus l'application des données qu'il possède déjà, aux besoins spéciaux créés par le fait de l'habitation à la Martinique, que je puis faire ici ; aussi dirai-je aujourd'hui, comme précédemment, que c'est aux livres classiques que je renvoie l'intéressé pour les lacunes qui se trouvent forcément dans mon exposition.

J'ai fait précédemment aussi remarquer au lecteur que les nouvelles conditions de notre loi militaire font que les conditions de l'hygiène alimentaire des troupes et des équipages de navires ont changé, des améliorations notables ont été apportées dans la nourriture du soldat et du marin, mais j'aurai l'occasion de dire que d'autres modifications s'imposent et qu'il serait utile d'augmenter encore la quotité de ce qui revient à chacun dans les compagnies et sur bâtiments. La dépense qui en résultera sera bien certainement compensée et au delà par les économies qui seront réalisées en journées d'hôpital et en paies d'invalidations.

Dans l'étude de l'alimentation des Européens à la Martinique, nous allons suivre la marche que nous avons adoptée en parlant de cette question au Sénégal : nous allons parler successivement de tous les repas que l'on fait en vingt-quatre heures, sous le rapport du nombre comme sous celui de la composition.

Premier repas ou déjeuner de six à sept heures du matin.

On a tellement en France, quelle que soit la contrée, la ville qu'on habite, l'habitude de faire un léger repas en se levant le matin, que nous devons commencer par parler de lui ; il est composé de matières facilement digestibles en général ; il ouvre l'estomac, comme dit le vulgaire ; met le corps à l'abri de bien des influences morbides en diminuant momentanément son aptitude à l'absorption des miasmes, précisément au moment où ils sont en général les plus actifs, de sorte que non seulement il doit être considéré comme très utile, mais même, ajouterai-je, comme indispensable dans les pays comme la Martinique.

Le premier repas du matin varie suivant d'assez grandes limites dans le pays qui nous occupe :

1° Les uns prennent dans leur lit même ou dès qu'ils mettent le pied à terre une tasse de café noir ;

2° D'autres se font servir du café au lait, dans lequel ils font entrer plus ou moins de pain ordinaire ou de pain beurré ;

3° Un certain nombre prend une tasse de chocolat à l'eau avec ou sans pain. Parmi eux, quelques-uns ont ajouté au chocolat une

certaine quantité de lait, qui les sollicite à manger plus copieusement ;

4° Il en est qui préfèrent manger de la viande froide, de la charcuterie, un œuf, le tout arrosé d'eau et de vin ;

5° Enfin, trop grand est le nombre de ceux qui commencent la journée par l'ingestion d'un verre de liqueur alcoolique.

Voyons successivement ces divers modes de déjeuners, pour dire notre opinion sur leur valeur hygiénique :

1° Ceux qui prennent le café noir se subdivisent en trois sous-catégories. A. Ceux qui n'absorbent qu'une petite tasse de ce café sans pain et assez ordinairement sans sucre. B. Ceux qui ajoutent à cette tasse un verre de cognac ou de rhum. C. Ceux qui trempent un morceau de pain dans leur café, soit qu'ils ne prennent que lui, soit qu'ils y ajoutent le petit verre de liqueur alcoolique.

Eh bien, je dirai que les premiers mettent leur estomac dans de médiocres conditions, car si le café est une excellente chose dans la grande majorité des cas, il faut convenir que le mettre dans l'estomac à jeun, sans aucun adjuvant, sans le moindre correctif, à proprement parler, c'est exciter l'organisme à plaisir, pour ainsi dire, c'est un peu comparable à celui qui dirait à son interlocuteur : écoutez, je vais vous dire quelque chose d'intéressant, et qui, ayant ainsi appelé et excité son attention, garderait désormais le silence.

Ceux de la seconde catégorie, c'est-à-dire qui prennent le café noir sans pain mais additionné d'une liqueur alcoolique, me paraissent commettre une mauvaise action vis-à-vis de l'hygiène ; je les comparerais volontiers à un homme qui dirait à une femme bien élevée, veuillez m'écouter un instant, et qui, ayant ainsi appelé son attention, en profiterait pour prononcer une parole inconvenante. Ceux qui prennent le café noir sans pain et avec un petit verre d'eau-de-vie, ne font pas aussi mal que ceux qui ne boivent qu'un verre de cognac, de tafia ou d'autre boisson alcoolique, mais la distance est assez minime dans les deux forfaitures aux lois de l'hygiène.

Les individus qui prennent une tasse de café noir additionnée d'un morceau de pain ou d'un fragment de biscuit, font un premier repas auquel l'hygiène n'a rien à reprendre en somme, ils excitent leur estomac à digérer et lui présentent en même temps un aliment convenable à tous égards, ceux-là donc sont les sages à mon avis. Il y a, on le verra, d'autres moyens de bien faire, mais cependant je ne puis que trouver bien cette coutume de rompre le jeûne en

se levant par le café et le pain, c'est-à-dire par un aliment qui réunit les deux avantages d'être léger et nutritif.

Quant à ceux qui prennent le café additionné de pain et y ajoutent un petit verre d'un alcoolique quelconque, on ne pourrait pas dire qu'ils font mal, s'ils ne prenaient pas d'autre boisson fermentée pendant le restant du jour; mais comme toujours, celui qui agit ainsi use largement du cognac, du tafia, de l'absinthe, du vermouth, ou de telle autre boisson analogue dans le courant de la journée, on ne peut s'empêcher de le regarder comme engagé sur la pente de l'alcoolisme, pente qui est fatale et qui mène toujours à l'excès.

2° Ceux qui prennent du café au lait et y ajoutent très généralement plus ou moins de pain et font ainsi un premier repas assez abondant. On a beaucoup écrit pour et contre le café au lait sans pouvoir juger définitivement la question de sa valeur nutritive; les affirmations les plus contraires, j'allais dire, les plus préconisées, l'ont tour à tour montré comme un excellent aliment et comme un dangereux poison. Je n'entrerai pas dans le débat et dirai que lorsque le café au lait plaît, qu'il est bien digéré, c'est-à-dire qu'il n'occasionne ni douleurs d'estomac, ni ballonnement du ventre, ni diarrhée, je ne vois pas pourquoi on se priverait de lui. J'ai vu, aujourd'hui que je commence à être un vieillard, tant de gens en prendre pendant cinquante, soixante ans de suite, sans avoir à s'en plaindre, que je suis plus que jamais disposé à me baser au sujet de son usage, sur la question de goût et de tolérance du tube digestif. Lorsqu'il satisfait à ces deux conditions, c'est un excellent aliment pour le matin, en ce sens que l'estomac l'accueille volontiers chez les habitués et que, même lorsque la santé traverse des périodes pénibles, il est ingéré plus facilement que nombre d'autres aliments.

3° Ceux qui prennent du chocolat se subdivisent en diverses catégories; les uns le prennent tout simplement à l'eau, sous forme de petite tasse, très comparable sous le rapport du volume et de la densité au café noir; d'autres, au contraire, y ajoutent du lait et du pain dans des proportions plus ou moins grandes. On comprend sans peine que, suivant le premier ou le second cas, ils peuvent être assimilés à ceux qui prennent du café noir ou du café au lait, et ce que j'ai dit précédemment est applicable au cas présent, sans que j'aie besoin d'en dire davantage. N'oublions cependant pas de spécifier que le chocolat est moins souvent toléré que le café par l'estomac; il provoque plus facilement des aigreurs, des ballonnements, et se digère souvent d'une manière plus ou moins pénible. Dans ce cas, on le comprend, le mieux est de ne plus recourir.

4° Ceux qui prennent de la viande froide font en somme le repas le plus nutritif et le plus substantiel, par conséquent ce sont ceux, peut-on dire, qui se mettent dans les meilleures conditions. Malheureusement, un trop grand nombre d'Européens ne peuvent, soit qu'ils n'aient pas le temps, soit que leur manière de vivre, leur disposition d'habitation ne s'y prête pas, etc., faire un pareil repas. S'ils recourent au café ou au chocolat au lait, le mal n'est pas grand, mais s'ils font usage de liqueurs alcooliques, ils entrent dans la catégorie suivante, contre laquelle je n'aurai jamais d'assez sévères reproches à formuler.

5° Ceux qui prennent une liqueur alcoolique, ce qu'on appelle vulgairement la goutte, sont des gens qui ont toute mon antipathie, car je les considère comme des individus en possession d'une des plus vilaines passions de ce monde, en même temps que je les vois occupés de se suicider lentement et par un moyen qui détruira leur intelligence et leur raison avant de leur donner la mort, c'est-à-dire qui les fera passer par les plus redoutables accidents.

On a écrit beaucoup sur l'alcoolisme et on n'a pas dit encore la millième partie de tout ce qu'il y a à lui reprocher, car plus on avance dans la vie, plus on voit qu'il faut mettre à sa charge une très grande part de tous les malheurs, de tous les crimes, de toutes les mauvaises actions que commettent les hommes ou les sociétés. La Martinique est malheureusement un des pays où cette ignoble habitude de l'alcoolisme est développée outre mesure, et Dieu sait si c'est une grande cause de son infériorité absolue et relative.

Le bas prix des boissons alcooliques a favorisé, dans les casernes, l'habitude de prendre la goutte à une ou plusieurs reprises le matin. Dire le mal que les hommes se font ainsi est impossible. J'ai cherché, pour ma part, à m'élever contre cette horrible autant qu'ignoble coutume, mais j'y ai absolument perdu mon temps, les chefs donnant pour la boisson le plus mauvais exemple aux soldats. Il serait grandement à désirer que l'autorité prît enfin des mesures énergiques pour faire cesser cette coutume de se livrer ainsi à l'alcoolisme. Ce que cette passion coûte au trésor en journées d'hôpital, en congés de convalescence et en pensions aux veuves et orphelins du pays, dépasse tout ce que l'imagination peut se figurer. On voit à chaque instant, dans les colonies ou en France, des individus malades et mourants, on attribue leur état à la sévérité du climat, à l'insalubrité des pays chauds ; eh bien, je ne crains pas de l'affirmer en pleine connaissance de cause, une bonne moitié de ces individus n'est

dans de pareilles conditions que par son intempérance, et s'il ne commençait pas sa journée par l'ingurgitation d'incendiaires boissons alcooliques, si toute la journée il ne passait pas son temps entre l'amer, l'absinthe, le vermouth, le cognac, le rhum, la bière et mille autres boisson similaires, il ne se trouverait pas brisé avant le temps, par la maladie, et n'arriverait pas à la mort prématurément.

Je ne saurais quitter le sujet du premier déjeuner sans dire que des médecins, moins frappés que moi des ravages de l'alcoolisme, conseillent aux gens débiles de prendre du vin de quinquina à jeun pour ouvrir l'appétit. J'ai dit et répété, en cent circonstances diverses, que c'est une prescription incendiaire, tonique, et je ne saurais trop m'élever contre elle. Par principe, je ne prescris jamais du vin de quinquina à mes malades, non pas que je ne trouve pas que dans quelques circonstances ce ne soit pas un médicament utile, mais parce que c'est une prime à l'alcoolisme; on peut dire : tel soldat ou marin auquel vous prescrivez du vin de quinquina, croit bien faire en buvant deux gouttes pour une en sortant de l'hôpital, et Dieu sait si sa santé s'en trouve bien. Que dans les rares cas où le vin de quinquina est non seulement indiqué mais encore indispensable, on le prescrive à prendre après le repas de midi, je n'ose m'en plaindre, mais ce vin de quinquina, ingurgité avant le repas quand l'estomac est à jeun est, comme je l'ai répété à satiété, un poison alcoolo-tannique des plus dangereux.

Deuxième repas de dix heures à midi.

Le second repas, ce qu'on appelle aussi le déjeuner, se prend de neuf heures à midi dans les différents groupes de la population à la Martinique, c'est ainsi que les soldats mangent à neuf heures, peu de temps après être revenus de l'exercice; nombre de fonctionnaires déjeunent de dix à onze heures et les marins, sur les navires, prennent leur second repas à midi, le premier ayant été ingéré entre six heures et six heures et demie du matin.

Ici, comme toujours ou à peu près, c'est dans la moyenne que se trouvent les conditions les plus favorables et le soldat déjeune trop tôt à mon avis; il est obligé, comme conséquence, de manger de nouveau à quatre heures du soir et la soirée paraît longue à son estomac s'il est obligé de veiller. Quant au matelot, l'heure de midi est trop tardive; lorsque dix ou onze heures du matin arrivent, son estomac demande de la nourriture impérieusement, et par conséquent il est mal à l'aise, sans compter que le repas pris aux heures chaudes de la journée ne fait pas tout le bien qu'on pourrait en

attendre ; il coïncide avec le moment de la sieste ou d'une certaine torpeur organique pour ceux qui ne se laissent pas aller au sommeil et la digestion se fait ainsi dans de mauvaises conditions.

Dans l'escadre d'évolution commandée par M. le vice-amiral Garnault en 1880, j'ai vu essayer un règlement des heures des repas qui m'a paru avoir de grands avantages pour les individus comme pour le service ; on déjeunait le matin peu après le branle-bas, comme de coutume. Le second repas était pris à dix heures et le troisième à cinq heures en hiver, à cinq heures et demie en été. Les hommes se trouvèrent infiniment mieux de cette combinaison, sans compter que le service en bénéficiait.

C'est donc entre dix et onze heures du matin que je voudrais voir fixer, pour à peu près tout le monde, l'heure du second repas, qui, lui, est composé d'aliments substantiels, et pour beaucoup d'individus est le repas principal de la journée, car à cette heure le corps est plus disposé à l'ingestion des moyens de réparation organique, par l'exercice fait depuis le matin, par la température, qui n'est pas encore assez chaude pour avoir eu le temps d'énerver le sujet, en un mot, c'est le repas important pour beaucoup, et, à ce titre, il mérite toute la sollicitude, car si les aliments ne sont pas bien présentés ou que, pour n'importe quelle raison, cette heure se passe sans que l'estomac ait reçu sa prébende, il arrive assez souvent que la journée entière est perdue sous le rapport de l'alimentation, et il ne faut pas perdre de vue un seul instant que, dans des pays débilitants comme Martinique, le besoin de soutenir les forces par des repas bien nutritifs, est plus impérieux que n'importe où.

Nous n'avons pas à entrer dans de longs détails au sujet des éléments constitutifs du repas dont nous parlons, la viande, les légumes, le poisson entrent chacun pour une bonne part, et c'est le moment de la journée où l'on peut se permettre d'ingérer des aliments que l'on n'oserait prendre, soit à la première heure le matin, soit le soir quand peu d'heures nous séparent du moment où on se met au lit.

Les aliments peuvent être de bonne qualité à la Martinique quand l'autorité y tient la main d'une manière ferme et vigilante. Mais hélas, parfois cette vigilance a été, je crois, inefficace pour le vin, le pain et la viande, c'est-à-dire pour les trois choses les plus importantes de l'alimentation.

Pour le vin, la fuschine devait être incriminée quelques fois ; pour le pain, il est arrivé aussi à la farine, dite américaine, de contenir des proportions de sable, de farine des légumineuses, etc.,

telles, que l'on pouvait sans hésitation le considérer comme mauvais sous le rapport de l'hygiène.

Pour la viande, il pourrait se passer des choses que des règlements bien entendus et surtout bien appliqués sauront empêcher. On sait, car c'est chose démontrée depuis longtemps, que les bœufs de Porto-Rico apportés à la Martinique n'y prospèrent pas, et comme la colonie ne produit pas les bœufs nécessaires à ses cultures et à sa consommation alimentaire, on fait à chaque instant venir des bœufs de Porto-Rico. Or, ces bœufs sont employés à la culture, et ce n'est souvent que lorsqu'ils ont travaillé longtemps qu'ils passent à la boucherie. Les conditions de la fourniture de la viande aux hôpitaux, aux casernes et aux navires, disent bien dans quelles proportions les bœufs créoles et les bœufs de Porto-Rico entreront dans la livraison; elles disent bien aussi de quel âge ou de quel temps de séjour dans la colonie doivent être ces animaux, mais comme on n'imprime pas au fer rouge la date utile à connaître sur les cornes de l'animal, il s'ensuit que les conditions imposées par les marchés peuvent parfois être illusoires. Il ne serait cependant ni difficile, ni compliqué, d'arriver à une manière de faire qui assurât la livraison d'une viande de bonne qualité.

La quantité de viande fournie par la ration à chaque homme est insuffisante à la Martinique; nous avons constaté, dans une commission que je présidais, que la proportion d'os est plus considérable qu'en France, les bêtes étant plus maigres, et comme d'autre part, la viande est moins nutritive, on voit qu'il y a un écart, écart vraiment trop considérable pour la santé des rationnaires.

Quand je me suis occupé de l'hygiène des Européens au Sénégal, j'ai eu à discuter l'opportunité de ce qu'on appelle les repas maigres et ce que je disais alors me paraît être resté si complètement vrai, que je crois que le mieux est de le reproduire textuellement.

« Parlons tout d'abord, disais-je, des repas gras et des repas maigres, il y a là un premier point à discuter. On sait, en effet, que l'État, dans son désir d'économiser le plus possible en même temps qu'il était sollicité par la coutume religieuse, qui proscrit la viande les vendredis, a établi des jours maigres, et comme le second jour maigre de la religion catholique tombe le samedi, on l'a reculé jusqu'au lundi.

Dans notre pays, où souvent le désir de se faire remarquer et d'afficher des croyances qui sont une sorte de pavillon politique, se mêle trop souvent aux choses de la science, quelques hygiénistes ont fait des charges à fond pour ou contre les jours maigres; et des

arguments, fort étonnés de se trouver en cause, ont été formulés trop souvent dans ces discussions.

Je veux tenter de ne pas m'engager dans cette polémique, de sorte que je laisserai tout d'abord la question religieuse absolument de côté, croyant avoir vu par expérience que, si le soldat et le marin français sont chrétiens et croyants en général, la pratique religieuse des plus fervents ne va pas jusqu'à s'occuper des jours gras et des jours maigres, ils ne se préoccupent guère des jeûnes et des vigiles.

On a dit que les jours maigres rompent la monotonie du régime et qu'à ce titre ils méritaient d'être conservés. Je suis de cet avis bien volontiers, mais à une condition, c'est que pour faire maigre on ne donnera ni morue ni fromage, deux choses détestables pour la grande majorité des estomacs.

Donc, que ceux qui tiennent aux repas maigres proposent des aliments plus agréables au goût, à l'œil ou à l'odorat, ou bien qu'ils laissent manger aux hommes de la viande pendant sept jours par semaine, car j'avance, pour l'avoir observé pendant une carrière de trente ans : les trois quarts des estomacs sortent de table, dans un équipage, sans être satisfaits, le jour où on sert soit de la morue, soit du fromage comme fond du repas.

On a objecté que le repas maigre est une économie que fait l'État. C'est un triste argument, qui a même le tort de ne pas être toujours exact, car dans certaines colonies, au Sénégal, par exemple, la morue coûte aussi cher que la viande. Si l'État veut faire des économies, il arrivera mieux au but, il me semble, en décrétant qu'une ou deux fois par semaine on ne fera pas la distribution complète des vivres; qu'en payant souvent très chèrement des substances dont la majeure partie, dédaignée par les hommes, passe directement de la marmite à la mer à bord des bâtiments, est jetée au loin avec dégoût par la plupart des soldats.

Donc, qu'on fournisse des aliments maigres agréables au goût et à l'œil, ou bien qu'on distribue tous les jours de la viande dans les pays comme le Sénégal, la Martinique, etc., etc. Voilà les vœux que je formule au nom de l'hygiène. Et que les timorés n'aient pas peur, car même au cas où on donnerait de la viande tous les jours, on ne surchargera pas l'estomac des hommes, on ne lui imposera pas un travail trop actif, il n'y a ni la pléthore ni les craintes d'apoplexie par exubérance de richesse sanguine à craindre dans ces pays, où malheureusement le contraire a souvent lieu.

Goûter.

Les militaires et les marins n'ont pas en général l'habitude de faire un repas intermédiaire au déclin de la journée; les obligations du service, la manière dont les repas sont distribués ne s'y prêtent pas, mais les fonctionnaires et leur famille prennent assez souvent quelque aliment léger vers quatre heures de l'après-midi, lorsque, ayant déjeuné à dix heures du matin, par exemple, ils ne doivent dîner qu'à sept heures du soir.

La Martinique est le pays des sucreries, des confitures, des gâteaux, de sorte qu'il n'est pas difficile de trouver pour ce moment quelque chose d'appétissant à mettre sous la dent. Je ne puis qu'applaudir, pour ma part, à l'usage du goûter, bien que je n'en use pas personnellement, mais cependant pour les femmes, les enfants, les jeunes hommes, il faut reconnaître que c'est un moyen de faire ingérer une plus grande quantité d'aliments et, par conséquent, une arme contre la débilitation. Lorsqu'il s'écoule trop de temps entre le repas du milieu de la journée et celui de la soirée, l'appétit n'est pas plus considérable à la Martinique, énervé que l'on est par la chaleur du jour, et il m'a semblé que même ceux qui ont peu d'envie de manger le soir, ne voyaient pas ce désir diminuer lorsqu'ils avaient ingéré un gâteau et bu un petit verre de vin généreux entre quatre et cinq heures du soir. Bien plus, on dirait que ce léger stimulant de la digestion qui arrive à la fin du travail que fait l'estomac depuis midi, lui donne une vigueur nouvelle pour achever la désagrégation des parcelles alimentaires restées les plus réfractaires jusque-là. Par conséquent, on le voit, j'approuve la coutume du *goûter* à la Martinique, à condition, bien entendu, qu'il ne soit pas assez copieux pour nuire au dîner; et d'autre part, qu'il ne sera mis en usage que par les personnes qui déjeunent entre dix et onze heures du matin et ne dînent qu'à sept heures du soir. D'ailleurs, n'oublions pas de rappeler que, pour ce goûter comme pour tout ce qui regarde la digestion, l'habitude d'une part, l'expérimentation individuelle d'autre part, sont les guides les plus sûrs que chacun puisse écouter, car ce qui plaît à l'un déplaît à l'autre, ce qui est bien accepté par tel estomac est au contraire une surcharge, une chose désagréable à un autre.

Troisième repas, dîner ou souper.

Le troisième repas, connu sous le nom de dîner par les uns, de souper par les autres, se prend après l'exercice du soir pour les troupes et les équipages; à la tombée de la nuit, en général, dans

les états-majors et les familles. Les journées sont toujours chaudes à la Martinique, les soirées sont délicieuses, en revanche, de sorte que dès cinq heures, tous ceux qui peuvent sortir vont généralement s'asseoir sur un banc de la Savane et hument avec délice l'air légèrement rafraîchi mais encore tiède. On s'attarde volontiers dans ces conditions, jusqu'à ce que la nuit vienne rappeler qu'on est en retard pour le souper. D'ailleurs, on a si rarement appétit, le soir, que l'estomac n'est pas venu réclamer ses droits bien impérieusement, il n'a pas même prévenu les intéressés qu'on oublie le moment de s'occuper de lui.

On rencontre assez souvent dans les pays chauds des gens qui, n'ayant pas faim le soir, perdent ou à peu près l'habitude de prendre ce repas de la tombée de la nuit, c'est surtout, on peut le remarquer, ceux qui ont l'habitude de prendre à l'excès les boissons dites apéritives, absinthe, etc., etc., c'est-à-dire ceux qui ont des habitudes d'alcoolisme. Je ne saurais trop engager les Européens qui vont à la Martinique de ne pas négliger ainsi cette habitude qu'ils avaient en Europe de dîner le soir, car c'est un moyen de résister le plus ou le mieux possible à la débilitation qui touche si souvent ceux qui, faits pour vivre dans la zone tempérée, viennent anormalement habiter les pays chauds. Donc, je suis d'avis que l'on surmonte au besoin l'indifférence, la répulsion même que l'on éprouve vis-à-vis des aliments le soir, pour conserver régulièrement l'habitude de faire fonctionner encore l'estomac à la tombée de la nuit. L'occasion de réprouver avec une véritable horreur tous ces prétendus apéritifs incendiaires qui ne sont que des poisons, est trop belle pour que je la laisse échapper ici sans les anathématiser encore. Que ceux qui sont soucieux de leur santé, de leur vie, je dirai plus, de la conservation de leur intelligence, ne restent pas sourds à mon conseil.

Lorsque je me suis occupé de l'hygiène des Européens au Sénégal, j'ai insisté sur la nécessité qu'il y a à conserver l'habitude de prendre le repas dont nous parlons, et je n'ai qu'à répéter actuellement ce que je disais alors : C'est pour ce repas et surtout lorsqu'on a peu d'appétit, des tendances à manger de moins en moins, que le potage doit être l'aliment de fondation, et ici plus qu'ailleurs, peut-être, il est sage de remplacer la quantité par la qualité.

C'est un potage nutritif, fait le plus souvent avec un bon bouillon gras ou du bouillon de poisson qui doit ouvrir la scène. Il faut s'attacher à exiger du cuisinier qu'il apporte tous ses soins à la confection de cet aliment, de manière à ce qu'il possède, le plus possible,

une puissance nutritive convenable. A condition qu'on ait pris une bonne portion de potage, je laisse volontiers au goût et à l'inspiration du moment le soin de choisir le second plat.

Un peu de dessert, une crème ou tel autre plat doux, remplacerait au besoin la viande qui serait désirée par l'hygiène, mais trop souvent refusée par l'estomac capricieux et fatigué. La grande variété de fruits que possède la Martinique peut exciter le désir et faire manger quelque chose de plus que ce qu'on avait décidé en se mettant à table. On le voit, je suis d'avis qu'on use de tous les moyens, de tous les stratagèmes même, pour conserver l'habitude de prendre le repas de la tombée de la nuit et le prendre aussi réparateur que possible. Je suis bien persuadé cependant qu'on ne verra pas dans mon dire la sollicitation à charger l'estomac d'une manière lourde et avec des aliments indigestes, peu d'heures avant le moment de se mettre au lit, ce qui serait ici plus qu'ailleurs, peut-être, une grande faute commise contre l'hygiène.

Légumes.

Le sol de la Martinique est très fécond; il a du soleil et de l'humidité à satiété, aussi doit-il produire des légumes en abondance pour fournir à l'alimentation. Malheureusement, la paresse des cultivateurs est presque aussi grande que la libéralité de la nature et on doit à cette cause de n'avoir pas, à tous les moments de l'année, une véritable profusion de plantes alimentaires; néanmoins, la cuisine trouve sans peine aucune les aliments nécessaires à la confection de repas variés. C'est au point que celui qui le désire, peut ne voir presque jamais paraître sur sa table les légumes secs d'Europe, infiniment plus difficiles à digérer que les légumes verts. Je n'ai rien de spécial à ajouter à ce que le lecteur sait déjà des légumes verts, qui viennent corriger pour l'œil et le palais la monotonie que présenterait la viande si elle était toujours apprêtée de la même manière, sans compter que souvent l'estomac préfère les légumes à la viande et que, comme le tout a cuit dans les mêmes liquides, on ingère en mangeant ces légumes des principes du *gras* en assez grande quantité encore pour soutenir les forces.

Fruits.

Les fruits sont très abondants dans le pays qui nous occupe; ils sont aussi d'une grande variété et fournissent à l'Européen un moyen de manger encore quelques bouchées nourrissantes après avoir fini la partie principale du repas. Les paquebots en apportent

aussi en assez grande quantitée d'Europe. Je suis d'avis que le dessert soit aussi abondant et aussi varié que possible à la Martinique comme dans tous les pays chauds, et, par conséquent, quand on peut se procurer des fruits d'Europe, il ne faut pas y manquer, car on comprend ma pensée, je crois, il faut employer tous les subterfuges imaginables pour solliciter l'estomac. C'est par de pareils moyens que j'ai vu souvent des individus se mettre à table presque par force, se proposant de ne rien manger et qui, se laissant peu à peu tenter par un plat bien présenté, par un fruit appétissant, une crème, un gâteau, un verre de vin généreux, finissaient par avoir ingéré une assez convenable quantité d'aliments. Et je ne saurais trop le répéter, cette alimentation généreuse est un des puissants moyens de conserver la santé dans les pays chauds, lorsque par ailleurs, les habitudes ou la profession du sujet ne l'exposent pas trop aux mille chances de maladie qui sont autour de lui.

Conserves.

La fécondité du sol de la Martinique fait que les conserves alimentaires y sont moins nécessaires qu'ailleurs ; leur usage est même restreint en général aux aliments de luxe qu'on veut faire paraître sur une table servie avec un certain confortable. Tout ce qu'on a écrit pour et contre les conserves alimentaires peut se résumer en ceci : les vivres frais valent mieux; il est vrai que cette sentence est presque une naïveté, car les conserves ne sont pas faites pour se mettre en concurrence avec les vivres frais, mais bien pour les suppléer dans les circonstances où ils font défaut. Je ne vois les conserves entrer dans la confection d'un repas qu'avec un certain regret et une certaine appréhension, parce qu'il arrive bien souvent qu'on trouve du plomb dans les aliments venus d'Europe dans des boites de fer blanc, et que l'intoxication plombique est plus à craindre dans les pays chauds qu'ailleurs, de sorte que je suis d'avis qu'on y recoure le moins possible. Je défends, on le sait, avec une conviction ardente l'existence d'une colique sèche, due uniquement à des influences atmosphériques dans les pays chauds, mais loin de moi la pensée de fermer les yeux à l'évidence, qui montre que la colique de plomb, souvent confondue avec elle, est très fréquente dans la zone tropicale. Je suis d'avis qu'il faut, dans ces pays, avoir le plus grand soin de veiller sous ce rapport, car les chances d'intoxication sont nombreuses autant que puissantes et, à ce titre, je ne vois qu'avec une certaine appréhension, ai-je dit, les conserves entrer dans un menu de repas. Ce que je viens de

dire là montre que pour des gens prudents les conserves ne seront jamais qu'un aliment tout éventuel et se présentant assez rarement sur la table.

Apéritifs.

Lorsque je me suis occupé de l'hygiène du Sénégal, je me suis élevé contre l'usage des prétendus apéritifs et j'ai déploré que leur usage fût aussi général. Je sais que la vie en commun ou au moins le désir de ne pas rester toujours seul et isolé pousse les jeunes hommes à se réunir. Le café ou le cercle sont naturellement le lieu désigné, et il semble qu'il manquerait quelque chose à la réunion si on n'offrait pas à son ami ou bien si on n'acceptait pas de lui un verre de ces liqueurs dont le nom pompeux et les promesses fallacieuses de bien-être, de santé et d'appétit, ne sont que d'indignes mensonges, comme d'ailleurs ces boissons ne sont que des poisons exécrables.

Je n'ai pas à énumérer ces prétendus apéritifs pour rechercher quel est le plus ou le moins mauvais; je n'hésite pas un instant à les condamner tous, sans hésitation aucune, car qu'on le sache bien, le moins mauvais est encore un poison des plus dangereux.

Certes, quand on voit ces boissons aromatiques, agréables au goût, attrayantes à l'œil, on a une certaine difficulté à résister à leur tentation; d'autant qu'on se promet de rester dans les limites convenables de consommation et qu'on se dit que l'excès seul est nuisible en pareille matière.

Vaines paroles dont se paient les intempérants, lorsqu'on se laisse aller à boire de temps en temps une quantité, quelque petite qu'on l'imagine, de ces boissons dangereuses, on est comme saisi dans un engrenage irrésistible et un peu plus tôt, un peu plus tard, on s'éveille un jour en proie à l'alcoolisme le plus regrettable. Que les Européens qui sont sollicités à user de ces poisons alcooliques dans les Antilles jettent un coup d'œil autour d'eux, ils verront des hommes dont l'intelligence était belle, la santé riche, l'avenir plein de promesses et qui, prématurément, ne sont plus que le triste vestige de ce qu'ils furent jadis; leur déchéance est si complète, qu'elle répugne aux plus indifférents. Je ne saurais donc trop m'élever contre l'usage de ces mille boissons, qui s'étalent comme des sirènes tentatrices aux yeux de nos compatriotes, leur santé, leur vie, et qui plus est leur intelligence, est l'enjeu qu'ils vont sacrifier d'une manière certaine lorsqu'ils se laissent aller à user, même modérément, de ces pernicieuses liqueurs.

Digestifs.

L'anémie, la dyspepsie, sont très fréquentes dans les pays chauds, dans celui dont nous parlons comme dans tous les autres, de sorte qu'on s'est mis en quête de *digestifs*, oubliant que le meilleur digestif est une vie régulière, une alimentation saine, un exercice modéré et bien entendu. Les uns recourent aux excitants, poivre, moutarde, etc., etc., et il ont tort, à mon avis, car ils habituent leur estomac à ne pouvoir digérer que lorsqu'il est stimulé par ces agents. Ils ne songent pas qu'ils se préparent des affections dangereuses de l'organe hépatique. C'est qu'en effet on n'a pas encore assez fait ressortir, à mon avis, l'influence qu'ont ces poivres, piments, hachards, etc., etc., sur la congestion et l'hyperhémie du foie, il y a là une cause prédisposante, puissante, à l'hépatite et à l'abcès du foie dans les pays chauds.

Nombre de gens plus sages, emploient comme digestif après le repas des infusions aromatiques, le café, le thé, par exemple. L'hygiène ne peut qu'applaudir à ces habitudes, parce que le digestif employé dans ces conditions est déjà un aliment par lui-même, de sorte que loin de produire de mauvais effets comme les autres, c'est le contraire qu'on obtient de ces infusions, lorsque, bien entendu, elles ne surexcitent pas l'organisme et le système nerveux d'une manière fatigante.

Boissons glacées.

L'usage de la glace et des boissons glacées s'est répandu dans les pays chauds d'une manière très générale, et c'est au point qu'il y est presque universel aujourd'hui. Le mieux, à mon avis, aurait été de ne jamais faire usage des liquides à très basse température, parce que lorsqu'on s'est une fois laissé aller à les prendre, ils constituent une habitude tyrannique autant qu'un véritable besoin pour la digestion.

On a beaucoup écrit pour contre l'usage de ces boissons glacées, que l'hygiène ne doit pas regarder d'un œil favorable à mon avis; mais il est vrai de dire aussi que la tentation est si grande; que la satisfaction que l'on éprouve par leur emploi est si délicieuse! Ma plume s'arrête, hésitante, au moment de condamner ces boissons glacées, parce que l'on peut dire d'elles que si elles ne sont pas bonnes pour la santé, elles ne sont pas, à beaucoup près, pernicieuses comme les boissons alcooliques et que mieux que pour ces boissons alcooliques on peut résister à l'excès.

Quoi qu'il en soit, l'hygiène ne peut lui décerner des louanges ; tout ce qu'on peut dire, c'est que le mieux serait que les Européens transportés dans les pays chauds eussent la force d'âme de s'en priver; mais la tentation est telle que la plupart y succombent. Sages relativement sont ceux qui se tiennent dans une modération sévère relativement et qui ne rafraîchissent leur boisson pendant le repas que de manière à la rendre plus appétissante.

Si j'ai fait cette concession pour les boissons fraîches pendant le repas, je retrouve tous mes anathèmes contre elles lorsqu'elles cherchent à solliciter le consommateur de boissons alcooliques ou aqueuses dans l'intervalle du repas. Que les Européens qui vont à la Martinique, au Sénégal ou dans n'importe quel pays chaud, gardent bien en mémoire ce que je vais leur dire ici : Un des puissants moyens de conserver sa santé dans ces pays est de ne rien prendre absolument, même de l'eau pure, dans l'intervalle des repas. Celui qui sait observer avec une rigueur absolue cette prescription hygiénique, peut affronter les pays les plus malsains avec la certitude qu'il a, pour la conservation de sa santé, quatre-vingts pour cent de bonnes chances de plus que ceux de ses camarades qui la négligent.

EXCRETA.

Nous n'avons à nous occuper, dans le cas particulier où nous sommes placés ici, que des soins de propreté, soins qui sont plus nécessaires dans les pays chauds peut-être que partout ailleurs. L'extrême abondance de l'eau à la Martinique fait que la chose est facile, aussi l'habitude de prendre des grands bains est-elle très répandue, et si on peut accuser les créoles de bien des imperfections, on n'a, en revanche, rien à leur reprocher contre la propreté corporelle.

La température est toujours assez peu élevée et assez peu variable pour que les bains frais, c'est-à-dire pris avec de l'eau qui n'a pas été échauffée par le feu, soient le moyen de balnéation le plus ordinaire. Il y a, dans la grande majorité des maisons de Fort-de-France et de Saint-Pierre, un bassin d'eau courante où les membres de la famille vont tour à tour se plonger à diverses heures de la journée.

On ne peut qu'applaudir à cette coutume et désirer que les Européens qui vont habiter les Antilles la prennent. Il n'est pas nécessaire qu'ils la poussent aussi loin que ce que je l'ai vu faire à quelques-uns, qui se plongeaient deux, trois et quatre fois par jour

dans une piscine, mais néanmoins un grand bain quotidien de quelques minutes dans l'eau, à la température ambiante et à une heure convenable de la journée est une si bonne chose, qu'il faut applaudir à son emploi.

Quelle est l'heure la plus convenable pour prendre le bain froid? Les uns se jettent dans l'eau en sautant du lit le matin. La chose peut être agréable et à ce titre être désirée par les individus. L'hygiène n'a rien à y redire : c'est un plaisir qui n'est pas malsain, voilà tout ce qu'on peut dire et à condition qu'on ne séjourne pas longtemps, une, deux minutes seulement dans l'eau. La chose peut se faire sans inconvénient toute l'année. Cependant, pendant les mois de décembre et janvier quand la température descend à 18 degrés le matin à 6 heures on éprouve une sensation de fraîcheur telle dans l'air ambiant que l'immersion dans l'eau froide me paraît absolument inutile. Les habitants de la zone tempérée se récrieront en entendant dire qu'on éprouve une sensation de fraîcheur presque désagréable à 18 degrés, mais en songeant que rien n'est relatif comme l'impression de chaud et de froid ils comprendront que, dans un pays où dans le milieu du jour on a 28 ou 30 degrés à l'ombre, la baisse subite et peu durable du thermomètre à 18 degrés donne une sensation qui rappelle très bien celle du froid.

Quelques individus se plongent dans la piscine en toute saison au moment où ils achèvent de faire leur sieste à l'heure la plus chaude du jour. Cette coutume me paraît mauvaise sous le rapport de l'hygiène. Et en effet : on sort de table à midi, à peu près à onze heures et demie tout au plus et à une heure lorsque la digestion est à peine bien mise en train ou fait la sieste qui, on le sait, a pour effet de ralentir le travail digestif. Or, à deux heures, au moment où on s'éveille l'estomac est encore trop surchargé d'aliments pour qu'il soit sage de se plonger dans l'eau ; il n'est pas beaucoup à craindre de voir survenir une congestion pulmonaire ou cérébrale sous cette influence, mais le refroidissement subit du corps peut arrêter la digestion, produire des coliques, de la diarrhée et dans un pays où il faut se préserver avec tant d'attention contre la dysentérie, on comprend qu'une pareille manœuvre soit à éviter.

La grande majorité des individus prend le bain froid de quatre à cinq heures du soir lorsque les travaux de la journée sont terminés ; il fait encore chaud à ce moment, de sorte qu'on se plonge en toute saison dans l'eau avec délices, et lorsqu'on reprend ses vêtements on va faire une promenade qui paraît doublement agréable. — Le bain pris à cette heure fait plaisir à tous, même alors qu'on se plongerait

dans une simple cuve. Mais si l'on veut que l'impression soit tout à fait satisfaisante, il faut se jeter dans une vaste piscine où l'on puisse se livrer au plaisir de la natation pendant quelques instants. On a fait construire dans l'hôpital de Fort-de-France et dans celui de Saint-Pierre une piscine où tous les fonctionnaires vont s'ébattre quand on leur en donne l'autorisation, ce qui est accordé avec la plus grande libéralité; et les piscines ont donné de si bons résultats qu'on ne comprend vraiment pas que les municipalités de Fort-de-France et de Saint-Pierre n'aient pas songé à doter leur pays d'une grande piscine où on pourrait aller à certaines heures du jour se baigner. Certes, à la Martinique on fait bien des dépenses qui ne sont pas aussi justifiées par l'utilité publique.

La question d'argent ne se réduirait peut-être qu'à une mise de fonds minime, peut-être même l'avance serait-elle très largement remboursée par le prix du bain, en mettant, par exemple, l'entrée de l'établissement à dix ou vingt centimes, on aurait des recettes journalières qui couvriraient certainement plus que le prix d'entretien. Dans des pays où le bain n'est pas un besoin général dans toutes les classes du peuple, on a créé ainsi des piscines publiques — la Martinique devrait pour l'hygiène, le bien-être, et, disons-le aussi, pour l'assainissement des diverses parties de la population édifier ces piscines dans les grands centres comme Saint-Pierre et Fort-de-France.

Il y a dans le fort Saint-Louis, à Fort-de-France, une vaste piscine que j'aurais bien voulu voir en usage. Placée au pied même de la caserne, elle servirait à baigner quotidiennement les militaires et les ferait bénéficier d'un agrément qui n'est certes pas à dédaigner. Malheureusement une fois la grosse dépense de la construction faite, on recula devant la petite dépense d'un conduit destiné à y amener l'eau; de sorte qu'on avait sous les yeux l'aspect d'un travail inachevé se détériorant de jour en jour précisément parce qu'il ne servait pas. Espérons que quelque jour cette dépense complémentaire sera faite au grand bénéfice de l'hygiène des soldats.

Pendant mon séjour à la Martinique, j'avais demandé et obtenu que la garnison fût envoyée par compagnies dans la piscine de l'hôpital; mais, on le comprend, d'une part les proportions de cette piscine sont trop exiguës pour servir et aux hommes bien portants et aux exempts de service hospitalisés; d'autre part, on ne pouvait guère fournir à chaque homme qu'une immersion hebdomadaire alors que le bain frais est à la Martinique un agrément qu'on désire prendre journellement.

Les bains de piscine avec de l'eau douce sont préférables dans une très grande mesure, et dans la grande majorité des cas, aux bains de mer qui ont les multiples inconvénients de ne pas se prendre dans des lieux aussi bien disposés qu'une piscine, car les plages des environs de Fort-de-France et de Saint-Pierre ne sont guère propices pour le bain. — Un des grands inconvénients du bain de mer c'est que, quelle que soit l'heure à laquelle vous le preniez, vous exposez votre corps nu à l'action du soleil qui, même à 7 heures du matin ou à cinq heures du soir, peut être dangereuse pour la santé, — les bains de mer sont souvent des causes d'accidents lorsqu'ils sont pris par une troupe ; il y a toujours un imprudent ou un maladroit qui court le risque de se noyer et l'émotion qui en résulte fait que les hommes n'ont plus aucun plaisir à cet exercice; sans compter qu'à chaque instant un caillou, une coquille, un tesson de vaisselle blesse les pieds des nageurs d'une manière très regrettable. Les bains de mer sont de leur côté, beaucoup plus excitants et par conséquent plus fatigants que les bains de piscine ; ils prédisposent dans les pays chauds, à diverses éruptions cutanées, à des furoncles, etc, etc,—Toutes ces raisons réunies et on notera que je n'ai pas parlé des dangers du voisinage d'un réquin ou d'une bécune, font que les bains de piscine sont préférables à la Martinique. Faisons donc des vœux : 1° pour que l'autorité locale fasse compléter la piscine du fort-Saint-Louis à Fort-de-France de manière à ce que la garnison puisse prendre des bains frais quotidiens ; — 2° pour que la piscine de l'hôpital continue à être non seulement bien entretenue pour les hommes hospitalisés, mais encore que son accès soit facile aux fonctionnaires ; 3° que les municipalités songent que le bain frais est un besoin public à la Martinique et qu'elles fassent construire des établissements dans lesquels toutes les classes de la population pourront bénéficier de l'exercice salutaire de la balnéation en pleine eau.

APPLICATA.

Nous nous occuperons ici des vêtements et du couchage, chose qui a une certaine importance dans un pays comme la Martinique, où les transitions de température, sans être très considérables, quand on les mesure au thermomètre, sont assez brusques pour produire sur le corps des sensations qui ne sont pas seulement désagréables, mais qui surtout sont malsaines, car c'est à elles qu'il faut attribuer pour la plus grande part ces atteintes de dysentérie, qui sont si communes dans tous les temps et qui a certains époques

ont fait concurrence pour la léthalité au lugubre typhus amaril lui-même. Les hommes qui se sont occupés de l'hygiène de la Martinique ont attaché toujours une importance très grande à la question des vêtements, et la génération actuelle de la Martinique se souvient que Câtel, qui a laissé, tant aux Antilles qu'en Sénégambie, la réputation d'un esprit élevé à tous les titres, qui a été un pathologiste et un hygiéniste qu'on ne peut comparer qu'à M. Rufz de Lavison, c'est-à-dire qui a laissé bien loin derrière lui la très grande majorié de ceux qui lui ont succédé; la génération actuelle de la Martinique se souvient, dis-je, que Câtel était toujours couvert de vêtements de drap, quel que fût le moment de l'année; et bien plus on le voyait à l'époque où beaucoup se vêtissent avec de la toile seulement, arriver le soir à cinq heures sur la savane avec un léger pardessus posé sur le bras, pardessus qu'il passait sur sa redingote à cinq heures et demie ou à six heures, suivant la saison et cela avec une régularité qu'on appellerait volontiers mathémathique.

Or, si nous songeons que Câtel, né en Europe et dans une contrée relativement froide même de la France, a habité impunément pendant plus de dix ans le Sénégal et plus de vingt ans la Martinique sans y avoir jamais été malade d'une manière sérieuse, nous pouvons à bon droit, en inférer que sa manière de faire était bonne sous le rapport de l'hygiène. Trop souvent, à mon avis, on se laisse aller dans les pays chauds au désir de se dévêtir, on oublie cet axiome si vrai que disait Thévenot : Dans les pays chauds, il faut avoir chaud pour se bien porter. Et nombre de fois, la maladie que l'on attribue à telle ou telle autre cause, n'a dû cependant sa production qu'à une imprudence commise au sujet des vêtements.

Je ne saurais donc, pour ma part, appeler l'attention de tous les intéressés sur la question; je suis convaincu, par expérience, que la dysentérie frappe surtout, et on pourrait presque dire fatalement ceux qui ne se préoccupent pas de cette question du refroidissement du corps, soit pendant le jour, soit pendant la nuit.

Passons en revue les diverses parties du vêtement en commençant par la coiffure, et en allant ainsi de haut en bas jusqu'à la chaussure, puis nous parlerons du couchage et des dispositions qu'il doit présenter.

Coiffures.

La coiffure des militaires qui sont en garnison à la Martinique est la casquette ou képi et le chapeau de paille, celle du matelot est le bonnet de travail ou le chapeau de paille en tout semblable à celui du fantassin, c'est-à-dire recouvert d'une coiffe en toile; les officiers

ont le képi, la casquette ou le chapeau de paille quand ils sont en uniforme; eux et les fonctionnaires, la majeure partie de la population, peut-on dire, par la même occasion portent quand ils ne sont pas recouverts d'un uniforme, un chapeau de paille ou de feutre.

Le képi mou, le bonnet de travail et la casquette des officiers sont de très bonnes coiffures pour la nuit; leur volume est minime; ils garantissent convenablement la tête de la fraîcheur et de l'humidité, à ce titre on ne peut qu'applaudir à leur usage. Mais entendons-nous bien, c'est une coiffure parfaite pour la nuit et au contraire qu'on la porte seule ou recouverte d'une coiffe de toile, avec même un couvre-nuque, c'est une détestable coiffure pour le jour, l'hygiène la proscrit de la manière la plus absolue dès que le soleil a franchi l'horizon et jusqu'à ce qu'il se soit couché.

Qu'on ne s'y trompe pas! j'ai cherché à le montrer dans maintes circonstances et je ne laisserai pas passer l'occasion ici sans le répéter: quelque pessimiste que l'on soit, on ne peut pas se rendre compte du nombre incalculable de gens qui sont morts dans les pays chauds par le fait du soleil. Au Sénégal, dans l'Inde, en Cochinchine, partout en un mot, l'exposition au soleil rend malade et occasionne presque fatalement la maladie dominante du pays. La Martinique ne fait pas exception à la règle absolument générale et j'affirme que celui qui s'expose au soleil, court autant de dangers que celui qui s'amuserait à sauter d'un premier étage dans la rue au lieu de descendre les escaliers. Une fois, deux, dix fois on peut tenter l'expérience impunément et un beau jour, on tombe pour ne plus se relever. Et qu'on ne vienne pas faire de fanfaronnade à ce sujet, qu'on ne dise pas avec orgueil qu'on est acclimaté, qu'on ne craint plus le soleil par le fait d'une assuétude que l'on a acquise. Non! on ne s'habitue jamais à l'action du soleil, pas plus qu'on ne s'habitue à passer devant le canon d'un fusil qui tire. On peut bien le plus souvent ne pas se trouver sur la trajectoire du projectile et voilà pourquoi tous ceux qui traversent un champ de tir à la cible ne sont pas tués; mais que les imprudents répètent quelquefois la manœuvre, et, tôt ou tard, ils en seronte rudement corrigés.

J'ai vu dans ma vie quelques terribles exemples de cette action funeste du soleil; je n'en citerai qu'un. Un jour je venais de déjeuner el je me promenais à l'ombre dans mon appartement quand je vois, il était près de midi, deux ecclésiastiques traverser la Savane qui était sous mes fenêtres, d'un pas lent, en causant d'une manière assez animée et avec le parasol sous le bras; je connaissais un de ces ecclésiastiques qui était le supérieur du collège de Fort-deFrance,

le P. M... dont j'ai rapporté l'observation dans mon étude sur la fièvre inflammatoire des Antilles (p. 168 — Obs. n° XVIII), l'autre était de passage à la Martinique et je ne sais ce qu'il est devenu. En voyant ces deux hommes exposés ainsi au soleil, je me disais : quels imprudents ! Heureusement pour eux, ils sont acclimatés et habitués par conséquent. Le P. M. était à la Martinique depuis quinze ans et avait eu la fièvre jaune en 1869. Il n'était pas si bien acclimaté qu'on pouvait le croire, car trois jours après on l'apportait à l'hôpital où il succombait en vomissant des matières qui me donnèrent grandement à penser dans le champ de la fièvre jaune, disons de la fièvre inflammatoire pour rester plus dans le vague. Or, si une imprudence se paie aussi cher par les acclimatés, que produira-t-elle chez ceux qui ne le sont pas ?

J'ai dit que le képi mou et le bonnet de travail sont d'excellentes coiffures pour la nuit. Pour la journée, au contraire, je voudrais voir généraliser la coutume du casque, je voudrais même qu'il fût rendu réglementaire dans l'armée comme dans la marine pour les pays chauds ; disons plus pour tous les pays du monde, nos soldats et nos marins ne devraient pas avoir d'autre coiffure. On a essayé tour à tour les formes les plus variées, depuis le simple chapeau de feutre jusqu'au solaco cochinchinois et on est arrivé, je trouve, à une forme rationnelle en même temps qu'élégante, je veux parler de celle qui a été adoptée par tous les fonctionnaires et qui est réglementaire pour la troupe en Cochinchine. Ce casque qui est blanc avec des courants d'air ménagés entre son tissu et le crâne peut être recouvert d'une coiffe noire mobile dans les pays froids ou dans les jours de pluie ; il peut recevoir tous les ornements qui constituent la coiffure militaire ou rester simple comme chapeau bourgeois ; on peut sans grande difficulté en faire une coiffure moins fraîche lorsque le temps est froid ; bref, il répond à toutes les exigences, même à celle de l'élégance, je le conseille donc de la manière la plus pressante, la plus exclusive pour la coiffure de la Martinique et fais des vœux pour qu'il remplace le schako, le chapeau du matelot et le chapeau monté de la grande tenue des officiers dans les divers corps de la marine sous toutes les latitudes.

Tous les individus qui ne marchent pas dans le rang de la troupe doivent à mon avis porter un parasol à la Martinique. Je voudrais qu'ils m'imitassent sous ce ropport, car je ne crois pas être sorti une seule fois de chez moi, soit au Sénégal, soit à la Martinique sans être muni de mon parasol. Au Sénégal, ce n'était que contre le soleil qu'il me servait ; à la Martinique, c'est autant contre lui que con-

tre la pluie, et, je le répète, je ne crois pas être sorti une seule fois sans en être muni.

A l'insistance que je mets ici, le lecteur comprend l'importance que j'attache au soin de se garantir du soleil, je ne saurais, en effet, trop prémunir les Européens qui vont à la Martinique contre cette immense, aussi puissante que fréquente cause de maladie et même de mort.

Vêtements de corps.

Sous cette dénonciation, nous allons passer en revue le gilet de flanelle, la chemise, le paletot, le caleçon, la chaussette et le pantalon. Nous ne parlerons du pardessus que pour mémoire; il est utile lors du voyage de retour en général à mesure qu'on arrive dans les latitudes froides, mais pendant tout le temps du séjour à la Martinique il ne trouve jamais son emploi.

Flanelle.

L'usage de la flanelle s'est généralisé dans les colonies, au point que cette flanelle est devenue réglementaire dans le sac du soldat; son utilité est si grande, si bien établie aujourd'hui qu'il est inutile de chercher à la faire valoir et personne ne songera à nier que son adoption n'ait été une excellente mesure. Dans les pays chauds où la peau est perpétuellement en moiteur et où le moindre exercice provoque la transpiration, on est trop exposé aux maladies qui reconnaisent pour cause la répercussion de la sueur lorsqu'on n'a pas sur la peau une enveloppe qui absorbe sa sécrétion et prévient le refroidissement trop brusque de l'enveloppe cutanée.

Beaucoup d'officiers et de fonctionnaires vivent isolés, avec l'excellente coutume d'avoir toujours un gilet de flanelle exposé à l'air dans leur cabinet de toilette, de manière à pouvoir changer de ce vêtement intime toutes les fois qu'ils rentrent chez eux, non seulement après une course, mais même après la moindre promenade. Rien ne repose, rien n'est agréable comme cette mesure qui est en même temps si approuvée par l'hygiène, que je me prends à me demander s'il ne serait pas possible de l'étendre aux chambrées de la troupe. La vie en commun a des exigences et crée des difficultés, des impossibilités même, je le sais, mais cependant, si on pouvait arriver à faire changer les hommes de flanelle, toutes les fois qu'ils reviennent de l'exercice ou d'une marche militaire, je crois que bien des invalidations pour refroidissement seraient supprimées.

J'ai vu un certain nombre d'individus quitter leur flanelle dans les moments très chauds de l'année; d'autres la laisser là nuit pour

avoir moins chaud pendant le sommeil. Ce sont là deux mesures absolument imprudentes et condamnables par l'hygiene, car dans plusieurs circonstances, elles ont été accompagnées d'accidents. La première paraît de prime abord si irrationnelle quand on songe que la flanelle a surtout pour objet de recueillir la sueur dans son tissu et de prévenir ainsi les répercussions plus fréquentes pendant les moments chauds de l'année qu'à toute autre époque, aussi n'ai-je pas besoin d'insister longuement sur sa condamnation ; mais la seconde paraît inoffensive de prime abord et on se paye de cette excuse qui, puisque pendant le sommeil on ne se fatigue pas, on n'a pas besoin du vêtement destiné à absorber la sueur qui résulte de l'exercice musculaire. Le raisonnement est spécieux et inexact, on sue à chaque instant pendant le sommeil, soit directement par l'effet de l'élevation de température, soit par le fait d'un rêve pénible, d'une position qui gêne un peu la respiration et même par le fait seul du ralentissement physiologique de cette respiration. D'ailleurs les faits sont plus puissants et autrement plus probants que les théories; or, chez nombre d'individus qui présentaient une atteinte de dysentérie aiguë que rien ne semblait justifier, je suis allé à la recherche de cette cause et chez beaucoup j'ai trouvé qu'elle devait être incriminée. On éprouve en se couchant sans flanelle un bien-être qui vous plonge dans un sommeil profond et comme les chambres à coucher ne sont pas closes de manière à empêcher les courants d'air, que les maisons en bois se mettent en équilibre de température avec l'extérieur très rapidement, il arrive à un moment donné un refroidissement qui retentit d'une manière d'autant plus efficace sur le sujet que le sommeil émousse la sensation et empêche qu'on ne se découvre à temps. Qu'on en croie mon expérience : cette coutume de s'alléger trop pendant la nuit, et de dormir sans flanelle, est pernicieuse dans les colonies, elle provoque très souvent la dysentérie, et tel qui a vu la maladie l'atteindre alors qu'il croyait faire le nécessaire pour se bien porter ne doit son invalidation qu'à cette coutume. Je conviens qu'à certains moments de la saison chaude la présence de la flanelle sur le corps est une gêne réellement pénible, de sorte que, lorsqu'on l'enlève, on éprouve un soulagement très marqué, condition suffisante pour solliciter à commettre une imprudence, mais la maladie est si triste, si pénible, si dangereuse, qu'il faut que la raison intervienne. J'ai vu un certain nombre d'individus avoir pour la saison chaude des tricots de coton qu'ils mettaient à la place de la flanelle. Je n'ai pas encore une opinion bien précise sur cette mesure que je serais assez volontiers décidé à considérer comme un moyen terme, plus sage que le dévêtissement

exposant plus au refroidissement que la flanelle. Aussi dirai-je aux Européens qui habitent les pays chauds : portez de la flanelle et tâchez de la garder toujours ; si cependant elle vous incommode par trop pendant la saison chaude, essayez du tricot de coton, mais remarquez bien que je ne suis pas certain de la parfaite innocuité de la substitution, quoique je sois assez disposé à l'admettre.

Chemise.

Il y a longtemps qu'on a dit que les chemises de toile que l'on donne aux matelots sont trop froides sur le corps quand elles sont mouillées et qu'on a demandé l'usage des chemises de calicot. Avec la flanelle, l'inconvénient des tissus de chanvre et de lin sont moindres, mais cependant l'hygiéniste doit désirer la suppression de la toile, et l'adoption exclusive du calicot pour les chemises des matelots et soldats. Je l'ai dit et répété assez souvent, pour n'avoir pas à y revenir plus longuement ici.

La chemise, telle que nous la portons le jour, est un mauvais vêtement pour la nuit, et la chemise dite de nuit qui n'en diffère que par un peu plus de longueur, ne répond pas à tous les desiderata de l'hygiène, elle serre au cou et aux membres d'une manière qui est gênante parfois pendant le sommeil. Le boubou des nègres ; le vêtement analogue des Chinois et Cochinchinois qui ressemblent d'ailleurs tous deux à la chemise des femmes européennes, me paraissent un meilleur vêtement ample et assez long pour ne pas gêner et faire éviter les refroidissements dans les mouvements inconscients du sommeil.

Caleçon.

L'usage du caleçon de calicot est une excellente chose partout et à fortiori dans les pays où non seulement c'est un vêtement de propreté lorsqu'on a un pantalon de drap, mais encore c'est un objet capable de prévenir en partie les refroidissements trop brusques lorsqu'on porte des pantalons blancs. Chez les soldats, l'usage du caleçon de calicot a été reconnu en outre utile comme moyen préventif de ces affections prurigineuses qui se montrent si souven chez les Européens dans les pays chauds ; ces caleçons ne réussissent pas toujours à empêcher leur apparition, mais assurément on voit moins de ces affections prurigineuses et des furoncles chez les hommes qui en font usage.

J'ai fait pour le Sénégal une recommandation que je réitère pour la Martinique, et qui implique une troisième utilité du caleçon de ca-

licot ; il faut, dirai-je, et dois-je répéter, s'en servir pour les refroidissements nocturnes.

A ceux qui ont assez de soin de leur propreté corporelle, écrivais-je, pour ne pas porter trop longtemps leurs vêtements intimes, je conseillerais de garder le caleçon et même les chaussettes pendant la nuit dans la saison chaude. Si les chaussettes sont trop désagréables aux pieds, il faut au moins conserver le caleçon ; grâce à cette précaution, on peut se jeter sur son lit sans avoir la préoccupation de ne pas se découvrir pendant le sommeil ; car en se découvrant, on se refroidit, et en se refroidissant l'abdomen et les jambes on contracte la dysentérie avec une facilité des plus grandes. Il serait désirable qu'on fît garder le caleçon aux soldats et aux marins pendant la nuit en prenant soin de le faire changer assez souvent pour qu'il ne fût pas porté trop longtemps, c'est-à-dire dans un état de malpropreté trop grande.

Les officiers et les fonctionnaires qui ont une garde-robe plus volumineuse que le soldat et le marin feront bien de se munir de ces larges pantalons qu'on appelle mauresque, qu'ils mettront pour se coucher ; l'usage de cette mauresque doublée de la chemise dont je viens de parler, me paraît la chose à conseiller pour les nuits souvent assez pénibles dans les pays chauds ; nuits dans lesquelles on a trop chaud, si on se couvre, trop frais, si on s'expose une partie du corps nue à l'air.

Veste. — Paletot. — Redingote. — Pantalon.

A la Martinique il n'est pas rare de voir ces vêtements être faits en toile blanche ou de couleur claire, je me suis résolûment élevé contre cette coutume au nom de l'hygiène, el je voudrais que l'on ne se servît, pour ces vêtements, que de drap ou, pour mieux dire, de tissus de laine. Que ces tissus soient aussi légers qu'on voudra, je ne m'y oppose pas, mais qu'ils soient en laine. Voici, d'ailleurs, ce que je disais en parlant de l'hygiène au Sénégal, je n'ai absolument rien à y changer actuellement que je parle de la Martinique : Ces objets doivent toujours être en drap ou, pour mieux dire, les tissus de laine aussi lâches, aussi minces qu'on voudra, dans les moments chauds de l'année, mais néanmoins ne jamais être délaissés pour des vêtements soit en toile de coton, soit en toile de chanvre ou de lin. Assurément l'impression de frais que l'on éprouve quand on se dévêtit pendant l'hivernage est délicieuse, mais il ne faut pas oublier qu'elle est plus pernicieuse encore qu'agréable, de sorte qu'il ne faut pas plus ici que dans d'autres circonstances se laisser aller,

sans frein ni réflexion, à la satisfaction du moment. D'ailleurs, j'ajouterai que ceci est une affaire d'habitude. On peut parfaitement conserver des vêtements de laine pendant la saison chaude comme on peut s'abstenir de boire dans l'intervalle des repas, et le bénéfice est si grand pour la santé, que tout homme, quelque peu soucieux de son existence, ne devrait jamais commettre d'infraction sous ce rapport.

Ai-je besoin d'invoquer l'opinion de mes prédécesseurs? non, j'espère, aujourd'hui la question est assez bien jugée pour être acceptée sans contestation.

Chaussettes. — Chaussures.

L'usage des chaussettes est un complément indispensable du vêtement, tant au point de vue de la propreté qu'à celui de l'hygiène; on devrait même prendre l'habitude de changer ce vêtement comme on change de flanelle et de chemise après chaque course et même après chaque promenade..

Quant à la chaussure, il faut avoir soin de ne porter des pantouffles ou des chaussures légères et découvertes sur le cou-de-pied, que dans les appartements propres et de préférence au premier étage, de peur d'avoir les pieds envahis par les chiques. Quand je me suis occupé de ce parasite, comme des bêtes rouges, j'ai indiqué les conditions dans lesquelles on a à en souffrir, et par conséquent le lecteur a pu en inférer ce qu'il doit faire, sous le rapport qui nous occupe, pour s'en garantir. Quand on habite en ville on peut ne porter que des bottines montant jusqu'à la cheville, mais j'estime que, lorsqu'on va à la campagne, le mieux est d'avoir de grandes bottes qu'on place sur le pantalon. De cette manière l'agression d'un serpent peut être inoffensive, et dans tous les cas on n'est pas exposé à être blessé soit par un cent-pieds, soit par une araignée, lorsque la botte est enduite de corps gras ou cirée avec soin, les chiques et les bêtes rouges ne sauraient vous atteindre, et par conséquent, on le voit, il y a bien des raisons pour l'adoption de cette chaussure lorsqu'on s'éloigne de la ville.

Ceinture.

On n'a pas l'habitude de porter à la Martinique la ceinture de laine qui est d'un usage si habituel au Sénégal, il n'est pas mauvais néanmoins d'avoir dans sa garde-robe une ceinture de flanelle, qu'on applique sur l'abdomen lorsqu'on peut craindre un refroidissement. C'est un moyen utile d'empêcher un dérangement passager

de dégénérer en dysentérie, et, à ce titre, on doit considérer cette ceinture comme un vêtement utile.

Couchage.

On passe presque la moitié de son existence sur le lit dans les pays chauds, car le temps du sommeil et celui de la sieste sont assez volontiers prolongés dans les contrées où il fait perpétuellement chaud. On comprend donc qu'il y a une certaine importance à posséder une couche convenable. D'abord, nous dirons que, dans toutes les localités de la colonie, les moustiques sont en si grand nombre, que les moustiquaires sont indispensables. Les moustiquaires sont faites d'étoffes diverses ; celles qui sont en tulle sont assez légères pour ne pas confiner l'air d'une manière trop désagréable, en même temps qu'elles sont de tissu assez serré pour empêcher les moustiques de les traverser. Il y a divers arrangements en usage pour les moustiquaires, celui qui permet la fermeture la plus complète et qui donne à l'espace qu'elle entoure le plus de place possible est assurément le meilleur.

Il faut avoir un soin méticuleux à disposer ce moyen de protection, car souvent de cette disposition dépend une bonne ou une mauvaise nuit. Le mode de suspension de la moustiquaire a besoin d'être surveillé, aussi le mieux est de placer sur la corde qui la tient attachée au plancher, un godet qu'on remplit d'une eau aromatique ou même d'huile, pour empêcher mille animaux malfaisants de se glisser le long de cette corde pour venir vous attaquer.

Les pieds du lit eux-mêmes doivent être placés dans des godets qu'on a soin de tenir pleins d'eau ou mieux encore d'huile et, de cette manière, la couche est absolument isolée. Il faut redouter à la Martinique, l'invasion de petites fourmis rouges qui sont en nombre inouï et qui pénètrent partout. Ces fourmis affectionnent le drap et tous les tissus de laine, et quand elles se trouvent sur notre corps, elles nous mordent avec vigueur donnant la sensation de démangeaison pénible que donnent les puces et les punaises. On comprend donc combien il est nécessaire que des précautions efficaces soient prises contre elles.

Les matelas sont généralement en coton à la Martinique, ils sont aussi moins chauds que ceux qui sont faits en laine, mais ils rachètent cela par une dureté désagréable, de sorte que, pour ma part, j'ai usé pendant mon séjour dans la colonie de ces matelas en laine, ayant soin de faire placer entre le drap et le matelas, une natte qui

combattait parfaitement la chaleur de la laine sans atténuer en rien la mollesse de la couche.

Pour rendre le lit suffisamment élastique, il vaut mieux employer un sommier qu'une paillasse ; et l'usage de ces sommiers est si généralisé aujourd'hui, que la paillasse tend à disparaître ; les sommiers faits en lames de bois ou de fer et non recouverts par une enveloppe de toile, ceux par exemple qui sont désignés sous le nom de sommiers à lames, sont préférables à ceux que l'on emploie parfois en Europe et dans la confection desquels des ressorts métalliques entrent mélangés à de l'étoupe ou du crin.

Une bonne nuit est une chose très importante dans les colonies et elle ne peut être obtenue que par le concours d'un assez grand nombre de conditions. Nous venons de voir comment le lit doit être disposé, nous devons ajouter que la chambre à coucher doit être vaste, aérée, car l'air se confine avec une facilité des plus regrettables dans la zone tropicale.

A la Martinique, les fenêtres manquent de vitres, de sorte que la chambre à coucher est souvent exposée aux courants d'air. Quand on est prudent, on a soin de ne pas placer son lit dans ce courant car le refroidissement du corps pendant la nuit est très dangereux et est une des causes les plus fécondes des maladies abdominales, dysentérie, hépatite qu'on observe dans le pays. On comprend par ce que je dis là, combien il est utile de coucher avec un caleçon ou une mauresque ; et aussi je n'ai pas besoin de parler de la perniciosité de l'habitude qu'ont certains individus de coucher en plein air. Assurément, ils passent de meilleures nuits que ceux qui couchent dans les appartements ; mais bientôt la maladie les saisit et pour quelques instants agréables qu'ils ont passés, leur santé est perdue le plus souvent, fréquemment leur vie elle-même est très sérieusement menacée.

PERCEPTA-GESTA.

Je n'ai pas à entrer dans de longs développements ici, mais cependant je dois dire quelques mots touchant les grandes chances d'affaiblissement et de maladie qui menacent les Européens se laissant aller dans ce pays aux excès génésiques. Dans ce pays où les négresses et les mulâtresses sont d'une lascivité extrême et sollicitent par leurs paroles, leur attitude, leurs vêtements débraillés des jeunes hommes dont l'imagination est surexcitée, autant par ces sollicitations que par l'excitation nerveuse que cause le séjour dans le pays tropical et il s'ensuit que la plupart se laissent aller très au

delà des besoins réels de leur organisme. Or, il n'y a pas de cause plus grande d'affaiblissement pour le corps dans un pays où tant de causes prédisposent déjà à la maladie, et on ne saurait trop recommander à ceux qui vont habiter temporainement la Martinique de savoir résister à ce genre de séduction.

Je ne menacerai pas les imprudents des maladies vénériennes et syphilitiques qu'ils s'exposent à contracter et cependant ! Dans ce pays, où touchent tant de navires venant de n'importe où dans cette colonie, où la prostitution est pratiquée sur une si vaste échelle et où la surveillance sanitaire laisse tant à désirer, ce qu'on voit d'affections de ce genre est considérable. Mais c'est un genre différent de maladies autrement plus grave que les jeunes hommes, qui se laissent aller à la luxure, sont exposés à contracter, c'est la fièvre inflammatoire en temps ordinaire. C'est la fièvre jaune en temps d'épidémie et lorsqu'ils tombent malades dans ces conditions, ils courent infiniment plus de mauvaises chances que les autres, car leur système nerveux ébranlé profondément ne peut réagir comme il faut contre l'atteinte du mal.

Je dois ajouter aussi une observation que j'ai faite depuis longtemps ; c'est que ceux qui sont atteints de congestion chronique ou d'hypérhémie passagère du foie et le nombre en est grand parmi les Européens qui habitent la Martinique, s'exposent réellement à des chances nombreuses de maladie quand ils ne limitent pas d'une manière très rigoureuse leurs rapprochements génésiques. Nombre de fois j'ai vu des hypérhémies du foie ne pas devoir une autre cause chez les jeunes militaires comme chez les vieux fonctionnaires, et j'ai suivi un assez grand nombre de sujets sur cette pente fatale pour m'en faire une opinion bien arrêtée. J'en ai vu un entre autres qui se croyait cependant créolisé et qui néanmoins marcha jusqu'à l'abcès du foie et la mort sous l'influence de cette cause seule.

D'ailleurs, je me suis attaché à recueillir les confidences des fonctionnaires et habitants arrivés à un certain âge, et je constatai de bonne heure que le premier indice de la fatigue par excès génésique qu'on éprouve dans ce pays quand on a une congestion chronique du foie, c'est un sentiment de pesanteur, puis de douleur dans la région hépatique, puis, si on n'a pas tenu un compte suffisant de cet avertissement, on voit survenir tous les phénomènes d'une hyperhémie passagère du foie. Par conséquent, on le voit, il est nécessaire à tous les degrés de l'échelle sociale ou hiérarchique, à tous les âges même, de se tenir à la Martinique sur une réserve prudente au sujet de ces fonctions génésiques.

On a dit avec raison, qu'aux Antilles, si on a soin de se garantir du soleil, du tafia et des filles, on a de très grandes chances de ne pas tomber malade. Je partage, pour ma part, la conviction que ce dicton est parfaitement juste, et, j'engage mes successeurs à croire comme moi, que ces trois causes de maladie sont les plus puissantes comme les plus communes.

Goût.

Le séjour dans la zone tropicale enlève à l'Européen, dans une plus ou moins grande mesure, l'aptitude de digérer diverses sortes d'aliments qui constituent la nourriture de l'homme. Cet état se complique souvent d'un état d'inappétence contre lequel on cherche à réagir de diverses manières. Les uns recourent aux prétendus apéritifs alcooliques dans l'espoir d'avoir plus de plaisir à prendre leurs repas. J'ai dit précédemment combien ces liqueurs incendiaires sont pernicieuses pour l'estomac.

D'autres cherchent par des condiments excitants et de goût relevé à provoquer l'appétit ; c'est en vain qu'ils absorbent moutarde, vinaigre, poivre, piment, etc., etc., ils poursuivent ainsi un but qu'ils n'atteindront pas. Le mieux, à mon avis, c'est de chercher par une vie régulière, un exercice modéré, une nourriture saine, à conserver, ses fonctions digestives dans l'état le plus convenable. Pour ma part, je ne suis pas certes doué de l'estomac le plus vaillant, et cependant j'ai pu conserver ma santé et même un embonpoint très convenable, sans jamais faire usage pendant les longues années que j'ai passées dans les colonies, ni de ces liqueurs alcooliques que je considère comme de véritables poisons, ni de ces condiments plus ou moins excitants et toujours facilement agressifs contre l'estomac.

Sieste.

Dans la plupart des pays chauds, on a l'habitude de faire la sieste dans le milieu du jour. Cette habitude est même un besoin pour certains organismes, et la plupart des habitants se laissent aller volontiers, aux heures chaudes, à un moment plus ou moins long de repos absolu, de sommeil même. On a beaucoup discouru pour et contre la sieste : ma foi, j'avouerai que, pour ma part, je me suis laissé aller à la faire très régulièrement pendant tout le temps que j'ai passé dans la zone tropicale et même pendant la saison d'été dans les pays tempérés comme le midi de la France. Or, je dois déclarer aussi que je n'ai trouvé aucun inconvénient à cette manière de faire, et bien au contraire, j'y ai trouvé une détente, un oubli momentané de

l'état de malaise dans lequel on se trouve le plus souvent, quand le soleil est au zénith, que la lumière vous attaque de tous les côtés avec une puissance et une intensité vraiment agressives. Aussi ne saurais-je dire à mes successeurs de faire le contraire.

En faisant la sieste dans le milieu de la journée, on peut se lever de meilleure heure le matin ou se coucher plus tard le soir; or, comme le matin et le soir la température est plus fraîche que dans les environs de midi, on échappe, on le voit, à un moment chaud pour jouir davantage de la période fraîche du nycthemère. Par conséquent, je le répète, je ne puis qu'engager mes successeurs à faire comme moi.

Service. — Occupations. — Distractions.

Le service proprement dit du militaire n'est, en général, pas pénible à la Martinique, quelques gardes, quelques corvées, ménagées d'ailleurs d'une manière très paternelle par l'autorité; des exercices aux heures les plus convenables, pour que la chaleur et le soleil n'incommodent personne, voilà les conditions de la vie ordinaire, et on ne peut pas dire, qu'à moins de circonstances absolument exceptionnelles, le service soit une occasion de maladie.

Le service des marins n'est guère plus pénible, car, à l'exception des ouragans qui sont très rares et d'ailleurs durent un temps très court, le temps est toujours beau, de sorte que les navires, qui ont la précaution de faire leurs tentes de bonne heure et qui veillent à ce que le service des canots soit fait de manière à ne pas exposer les hommes à l'action du soleil, voient leurs équipages se bien porter.

Je n'ai donc, à proprement parler, aucune imperfection à signaler dans la manière dont les choses se font sous le rapport de la quantité de travail que le service impose aux hommes; mais ce n'est pas cependant que je sois disposé à trouver l'état actuel parfait, bien loin de là, au contraire, je suis convaincu qu'il y a de très importantes améliorations à apporter dans ce qui se fait en ce moment, si on veut diminuer, dans des proportions heureuses, les chances de maladie des militaires en service à la Martinique.

Ce que je viens de dire paraît obscur et contradictoire de prime abord, expliquons-nous, pour faire comprendre ma pensée : Ce n'est pas la quantité de service qui est dévolue à chaque homme que je voudrais voir modifier, c'est le lieu d'habitation de la troupe que je voudrais voir changer d'une manière absolue.

Dans le moment présent la garnison de la Martinique est limitée

à Fort-de-France et à Saint-Pierre. Les casernes sont au milieu de la ville même (infanterie de marine à Saint-Pierre, artillerie à Fort-de-France) ou très à proximité de la population civile (caserne de l'infanterie du fort Saint-Louis au chef-lieu), il en résulte que les soldats sont au contact de cette population à tous moments, et il en résulte des inconvénients sérieux, tant au point de vue de la sagesse de l'esprit, qu'au point de vue des maladies.

Le fort Desaix, le camp de Balata sont bien des établissements militaires dans lesquels la garnison peut séjourner à certains moments, mais on peut dire que c'est l'infime minorité des soldats qui y habite. Or, je voudrais que les choses fussent absolument changées et que ce fût le contraire qui eût lieu.

Au lieu d'avoir au camp de Balata des installations provisoires, incomplètes et mal conçues sous le rapport du bien-être, je voudrais, au contraire, qu'on y fît un établissement solide et parfaitement approprié. On pourrait sans peine trouver dans les environs de 400 à 450 mètres d'altitude, trois points qui seraient assez haut placés pour que les chances de propagation de la fièvre jaune y fussent très amoindries, sinon nulles en temps d'épidémie; pour que la dysentérie y fût moins à craindre que dans les altitudes plus élevées où il pleut presque toujours et où les refroidissements de la température étant brusques et fréquents, les Européens ont le ventre souvent dérangé et sont plus exposés à la dysentérie que sur le littoral. Ces trois points pourraient être placés stratégiquement de manière à commander Fort-de-France, Saint-Pierre et la Trinité, ce seraient comme trois bastions d'un camp retranché absolument inattaquables par des forces ennemies et d'où pourraient, en un moment donné, partir subitement des corps de troupe qui se précipiteraient pour ainsi dire sur le point menacé du littoral. Des batteries pourraient défendre de ces bastions l'accès de l'île, etc., etc.; en un mot, sans que j'aie besoin de m'étendre sur ce sujet qui m'est étranger, on créerait, on le voit, dans les hauteurs un centre militaire où se trouveraient les éléments de la défense de la colonie pour le cas de guerre. Je n'ai pas besoin d'ajouter que des chemins presque horizontaux réuniraient ces trois points, et au besoin des tramways pourraient transporter rapidement la troupe de celui du sud à celui du Nord, de n'importe lequel des deux à celui de l'ouest, etc., etc. Les chemins qui conduisent de ces points fortifiés au littoral existent en ce moment déjà et dans un assez bon état d'entretien pour qu'il n'y ait pas grand'chose à désirer de ce côté.

La troupe se trouverait donc dans cette sorte de citadelle, le

service de garde pourrait être fait par des groupes d'hommes qui iraient passer, soit 24 heures, soit huit jours dans les villes de Fort-de-France ou de Saint-Pierre, et dès que la garde serait terminée ces hommes remonteraient au camp.

Le bénéfice d'une pareille combinaison, n'est pas difficile à concevoir, les hommes n'étant pas sollicités par le voisinage des filles de mauvaises mœurs et de toutes les industries qui vivent comme des parasites, aux dépens du soldat, se porteraient infiniment mieux, préservés ainsi au physique comme au moral, de sorte qu'avec un effectif notablement moindre, on pourrait satisfaire à tous les besoins de l'occupation militaire ou de la défense de la Colonie.

Il faut ajouter aussi que la conséquence absolument nécessaire d'une pareille organisation, serait la création d'établissements autrement plus sérieux et confortables que ceux qui existent au camp de Balata en ce moment; c'est ainsi par exemple qu'il faudrait par des nivellements, faire une esplanade vaste dont le sol macadamisé et disposé de manière à favoriser l'écoulement immédiat de la pluie offrirait un endroit sec et commode pour la promenade ou le stationnement des hommes.

Une partie de cette esplanade serait couverte d'un vaste hangard supporté par des colonnes, de telle sorte que, pendant les averses, les militaires pourraient vaquer à leurs exercices ou à leurs récréations sans être mouillés.

Dans les environs de ce hangar, et communiquant avec lui par un chemin abrité de la pluie, la caserne formée de pavillons vastes, aérés, munis tout autour d'une large veranda, et dans lesquels outre les chambres pour le couchage, il y aurait la salle d'escrime, d'école, une bibliothèque, etc., etc., donnerait au soldat un confortable très heureux. Les militaires tenus ainsi dans un milieu agréable pour l'esprit, sain pour le corps, éloignés de toutes les excitations malsaines qui les sollicitent sur le littoral au milieu de la population civile, passeraient leur temps de service sans être malades, sans s'ennuyer, présentant moins de prise à la nostalgie et échappant à l'alcoolisme comme à la syphilis, ils constitueraient une force militaire quatre fois plus solide que dans le moment actuel et, assurément, ne coûteraient pas comme depuis nombre d'années des sommes folles pour les journées qu'ils passent à l'hôpital.

Promenades, excursions, chasses.

A la Martinique, l'intensité du soleil pendant le jour, la fréquence des averses et surtout l'abondance des serpents fait que les prome-

nades, les excursions, sont toujours extrêmement limitées. Quant à la chasse, les plus hardis coureurs de landes y renoncent à cause de l'absence à peu près complète du gibier. Les Européens qui sont dans la colonie, doivent avoir très grand soin dans les promenades qu'ils font, d'éviter le soleil. On ne peut se faire en France une idée du danger qu'il y a à s'exposer à ses rayons à la Martinique, et, chaque année, des imprudents paient de leur vie l'oubli de la recommandation qui leur est faite ici. Par conséquent, je crois que les promenades doivent se borner à quelques centaines de pas, faites sous des ombrages et dans des endroits où le sol est assez propre, pour qu'on n'aie pas à craindre la rencontre d'un serpent; les excursions ne doivent être entreprises que le moins qu'on pourra, car, si la nature est admirable à la Martinique, le soleil et le serpent sont bien de nature à refroidir l'admiration de ceux qui aiment à contempler les beaux sites et la puissante végétation de l'île. Quant à la chasse je n'hésite pas à la proscrire, car toutes les mauvaises chances d'un côté, l'absence du gibier de l'autre, sont suffisantes, je crois, pour permettre de dire que celui qui veut être chasseur à la Martinique fait un métier de dupe.

Occupations d'intérieur.

Dans un pays comme celui qui nous occupe, où il faut éviter le soleil avec un soin si minutieux, où il faut se bien garder d'aller dans les champs de peur de faire de mauvaises rencontres, il ne reste vraiment plus pour résister à l'ennui que les occupations d'intérieur. C'est malheureusement celles auxquelles on s'adonne le moins volontiers, et cependant c'est elles qui peuvent fournir les délassements les plus agréables en même temps que les plus profitables, tant pour soi que pour les autres. Quelqu'un me disait un jour : comment donc se fait-il qu'ayant passé tant d'années dans les colonies vous en soyez revenu dans un état de santé satisfaisant; vous ayez conservé des habitudes de sobriété qu'on peut appeler excessives, et enfin vous ayez produit tant d'études diverses? Ma réponse fut facile et je puis la redire ici : C'est grâce à l'habitude que j'ai de vivre beaucoup chez moi et de m'occuper, dans les longues heures de la journée, que je suis arrivé sans efforts, sans peine, à des résultats que je puis considérer comme heureux, à tous les titres. Et, en effet, quel temps l'Européen n'a-t-il pas à perdre dans les colonies, quelle que soit la charge de service qu'il ait à porter? Quand il sait bien combiner son affaire, il se lève avec le petit jour et jusqu'à sept ou huit heures, moment où en général il est appelé

à faire son service, il a une ou deux heures de temps à dépenser; s'il est désœuvré il commence à fumer, à boire et il nuit à sa santé sans accomplir aucune œuvre utile, tandis que s'il consacre ce temps au travail il peut, soit pour son instruction, soit pour celle des autres, arriver à d'excellents résultats; de neuf à onze heures du matin, chez les uns, de deux à quatre heures de l'après-midi, chez les autres, il est facile de trouver le temps de se livrer au travail, et ceux qui n'ont pas l'habitude de cet exercice salutaire, ne savent pas quelle satisfaction intime on éprouve quand on a appris, quand on a produit quelque chose dans le domaine de l'intelligence. Sans compter que pour celui qui travaille le temps passe sans ennui; toutes les tribulations de la vie sont amoindries d'une manière considérable, et on échappe à mille sollicitations, à mille dangers, soit physiques, soit moraux. Le travail chez soi : voilà le talisman qui peut garantir les Européens, appelés à vivre à la Martinique, contre la maladie, l'ennui et surtout les liaisons qui ont un retentissement funeste sur toute leur existence.

DURÉE DU SÉJOUR DANS LA COLONIE.

Combien de temps peut-on séjourner à la Martinique? telle est la question que nous avons à nous poser ici. Or, nous y avons répondu déjà d'une manière explicite à plus d'une reprise: Quelques Européens y sont frappés par la maladie dès le début, et sont pour ainsi dire constitués d'une manière incompatible avec l'existence coloniale. D'autres s'affaiblissent peu à peu et ne sont réellement fatigués d'une manière suffisamment marquée pour constituer un danger qu'après un séjour de trois ou quatre ans; d'autres, enfin, plus favorisés, peuvent séjourner dans la localité pendant de très longues années, comme s'ils avaient été créés cosmopolites et réfractaires à ces maladies qui résultent du changement de climat. Cette réponse, tout exacte qu'elle soit, est trop générale pour satisfaire l'esprit et je dirai, pour mieux fixer les idées, qu'il est désirable que les Européens envoyés par le service dans les Colonies, à la Martinique comme ailleurs, n'y passent qu'un temps assez court, deux ans par exemple. Cette limite de deux ans est très favorable, et, en effet, il est assez rare qu'on ne puisse pas l'accomplir pour raison de santé, et d'autre part, elle est suffisante dans l'intérêt de l'État, comme dans celui des individus. On quitte son pays, sa famille, ses amis pour deux ans sans trop de déchirements moraux, on voit le retour à une échéance assez courte pour que le découragement ne vous gagne pas, et on se considère comme momentanément éloigné seulement.

Dans ces conditions, on s'intéresse à son service, qui, pendant un certain temps, a l'attrait de la nouveauté et qui, peu après, est destiné à finir prochainement, on reste avec les idées, les habitudes, les aspirations, les susceptibilités dirai-je même de la métropole, et on reste assez dégagé de tous ces liens occultes qui enserrent peu à peu l'individu, comme les fils d'une toile d'araignée de plus en plus forts, et de plus en plus enchevêtrés quand il séjourne trop longtemps dans le même endroit.

Au contraire, lorsque la durée du séjour colonial doit se prolonger on cherche instinctivement à faire *feu qui dure* comme on dit vulgairement, on se désintéresse de la métropole; on cherche à oublier le passé, la patrie, pour ne songer qu'au présent et au pays dans lequel on vit. On se *créolise*, pour me servir du terme consacré et alors on perd cette activité européenne pour prendre la nonchalance créole; On se crée des relations qui comme un réseau à mailles de plus en plus serrées vient lutter contre votre activité, contre l'accomplissement de vos obligations de service, et le bien de l'état souffre d'autant plus que votre bien-être est plus grand, que vos relations de tous les jours, de tous les instants, sont plus agréables.

Il faudrait, on le voit, d'après mon opinion, et en ceci je ne suis que l'écho de gens de la plus haute compétence et ayant vécu bien avant nous; il faudrait, dis-je, que les militaires, les marins, les fonctionnaires restassent toujours absolument étrangers à la vie propre de la Colonie, qu'ils ne fissent qu'y passer un temps court, je suis persuadé que les intérêts du service d'une part, celui des Européens précités d'autre part, et enfin les intérêts de la Colonie eux-mêmes au troisième lieu y gagneraient d'une manière très satisfaisante. En faisant la somme des avantages et des inconvénients, il y aurait en fin de compte un bénéfice incontestable à cette manière de faire.

HYGIÈNE DES MALADES.

Les malades soignés dans les hôpitaux militaires de la Martinique ne sont pas dans de trop mauvaises conditions hygiéniques en général, mais néanmoins on aurait tort de croire que les locaux n'ont besoin d'aucune modification. J'ai dit précédemment et je dois le répéter ici, il est extrêmement fâcheux qu'on eût eu l'idée de placer, tant à Fort-de-France qu'à Saint-Pierre, les hôpitaux dans le lieu où ils sont actuellement.

Le mieux serait, sans doute, de déplacer ces établissements, celui de Fort-de-France devrait être situé sur le revers du morne du fort Desaix, près de la chapelle du Calvaire; par exemple celui de Saint-

Pierre devrait être édifié sur le morne dit du fort, dans les environs de l'allée Pécoul ou dans un autre point de cette croupe infiniment plus aérée que les diverses parties du quartier du mouillage.

Mais pendant longtemps les choses ne pourront être changées aussi complètement et, en attendant, le plus sage est de considérer les conditions dans lesquelles se trouvent les établissements actuels, et voir comment on peut faire pour que les valétudinaires qui y sont admis, soient le moins mal possible. Pour cela, parlons successivement et de l'hôpital de Fort-de-France et de celui de Saint-Pierre.

Hôpital de Fort-de-France. — Il y existe un vaste pavillon placé au milieu de la cour, que je me hâtai de faire mettre en service dès mon arrivée à Fort-de-France et c'est là que je voudrais que la grande majorité des malades fut soignée. Les lits y sont très espacés, parfaitement aérés de tous les côtés, aussi les conditions hygiéniques y sont excellentes. Non seulement je voudrais qu'en temps ordinaire la plupart des malades y fussent logés, mais encore je voudrais que là seulement fussent placés les individus atteints de fièvre jaune en temps d'épidémie. Mon savant collègue Thaly, qui est créole de la Martinique et qui y a fait longtemps du service, me disait à ce sujet, avoir remarqué et tenir des chefs de service qui nous ont précédé à la Martinique, que la fièvre jaune guérissait remarquablement mieux dans ce pavillon que dans les autres salles. L'expérience en a été faite plusieurs fois, et peut être considérée comme très concluante.

Si j'assistais à une épidémie de fièvre jaune à la Martinique, je mettrais non seulement les individus atteints dans ce pavillon, mais encore je placerais leurs lits sous la veranda qui est sur la face Sud; il y aurait là place pour une vingtaine de lits, c'est-à-dire pour recevoir tous les malades arrivés à une certaine période de la maladie. Les individus entrant à l'hôpital avec le diagnostic fièvre jaune seraient placés dans la première salle, et là, mis en observation. Si la maladie tendait à prendre la forme légère ou abortive, on les ferait passer lors de la rémission dans la seconde salle. Au contraire, lorsque la maladie paraîtrait devoir être grave, on mettrait le lit sous la véranda. Cette veranda présente une disposition très heureuse pour l'hygiène, en pareil cas c'est que non seulement le malade, tout en étant abrité du vent, est largement baigné par l'air de tous côtés, mais encore le sol n'étant pas parqueté et formé au contraire par un carrelage en briques, on peut laver à grande eau les endroits où les déjections peuvent avoir touché. On a fait dans la seconde salle de ce grand pavillon, une séparation pour avoir un atelier de con-

fection ou de réparation des matelas. Je voudrais que cette séparation fût supprimée ou au moins que l'emplacement fût rendu au service des malades; on pourrait trouver dans la salle des sous-officiers actuelle, c'est-à-dire entre les cabinets des officiers et la grande salle du premier étage qui est au-dessus de la salle des blessés, la place convenable pour cette fabrication et cette réparation des matelas; tout le personnel et le matériel gagneraient à cette modification.

Hôpital de Saint-Pierre. — Cet hôpital est disposé de telle sorte que les médecins et pharmaciens de garde sont dans le même air que les malades; il en est résulté, dans les épidémies de fièvre jaune, que l'établissement a été terriblement dangereux pour les officiers de santé, non acclimatés, appelés à y faire du service. En outre, cet espace coupé de cloisons transversales pour le conseil de santé et les divers logements, a le désavantage de constituer des foyers d'infection en empêchant la libre circulation de l'air: il serait donc utile que la salle fût dégagée de tous ces obstacles à l'aération et, par conséquent, que les logements, comme la salle du Conseil de santé, fussent placés ailleurs.

Cette question de l'hygiène des hôpitaux militaires et aussi celle de l'hygiène des malades, doit être traitée d'un mot, ou bien a besoin de trois cents pages de développements; or, comme je ne puis y consacrer un temps suffisamment long ici, je n'en dirai qu'un mot, et, d'ailleurs, ce mot suffit presque pour ceux qui, comme les lecteurs de ce livre, ne sont pas à chercher dans mon exposition une étude didactique sur l'hygiène.

Donc, il faut s'attacher à la Martinique à tenir les malades dans le milieu le plus largement aéré qu'on puisse trouver, lorsqu'ils sont atteints de ces affections spéciales au pays, pyrexies essentielles amariles, typhoïdes et même dans la dysentérie; car, si on a soin de couvrir suffisamment les sujets suivant les variations nychthémérales de la température, le grand air ne leur est pas nuisible.

Ce que je dis là n'est naturellement pas applicable aux affections aiguës des organes respiratoires, par exemple; mais est-il besoin de le dire? Non, et je répète que les lecteurs qui consulteront ce livre savent assez à quoi s'en tenir, pour qu'il ait été suffisant de m'en tenir aux indications que je viens de présenter.

HYGIÈNE DES CONVALESCENTS.

On l'a dit il y a longtemps et avec grande raison, lorsque les Européens transportés dans les pays tropicaux ont été atteints de certaines affections spéciales aux pays chauds et ont échappé aux pre-

miers accidents de ces maladies, le seul moyen de les remettre en santé est de les renvoyer dans un pays assez tempéré pour que leur organisme se retrempe à un air moins différent de celui pour lequel ils ont été créés. Par conséquent, il ressort de cette proposition qu'en principe le rapatriement de ceux qui ont été malades est le meilleur et le plus efficace moyen de récupération de la santé.

La forme topographique des îles Antilliennes, de la Guadeloupe, par exemple, et de la Martinique, pour nous occuper plus spécialement de cette colonie; la forme topographique de l'île, dis-je, est telle, que l'on a pu naturellement songer à envoyer dans certains points déterminés, les individus qui paraissaient avoir besoin de respirer un air plus frais que celui qu'on trouve sur le littoral; de sorte que, plus favorisées que le Sénégal et la Cochinchine, nos colonies des Antilles ont, pour ainsi dire, deux degrés de moyens de rendre aux convalescents la santé attaquée trop vivement par les maladies spéciales à la zone torride.

Dans le courant de ce livre j'ai parlé, à diverses reprises, de l'influence que les hauteurs peuvent avoir sur les valétudinaires, et je suis entré, au sujet des établissements thermaux où la grande majorité des convalescents sont envoyés actuellement, dans assez de détails, pour n'avoir pas à y revenir bien longuement encore.

Ces établissements thermaux, qu'on appelle les Pitons, jouissent, avons-nous dit, d'une vogue très grande; je n'oserais pas dire que cette vogue est aussi grande qu'injustifiée : non, car dans certaines circonstances on peut, j'en conviens, tirer de bons résultats de l'envoi des convalescents à ces Pitons; mais pour une fois où il y a réellement indication de recourir à eux, cinquante fois on y envoie des gens qui ne doivent, qui ne peuvent en tirer de bons effets.

Certes, je sais bien que ceux qui avaient un intérêt quelconque, matériel ou scientifique, à exalter les avantages *des pitons* ont dit que la composition chimique de ces eaux, était très heureuse, pour un peu plus, ils auraient trouvé qu'elle était efficace pour toutes les affections et tous les individus. Les uns y ont trouvé du fer, ce qui est incontestable, les autres y ont voulu rencontrer des principes alcalins-iodiques, que sais-je? Pour un peu plus, les eaux thermales de la Martinique auraient à elles seules réuni toutes les qualités des eaux minérales des cinq parties du monde.

Mais celui qui, comme moi, cherche à se dégager de toutes les considérations étrangères à la thérapeutique, peut-il accepter sans hésitation, cette croyance à l'admirable efficacité de ces eaux tant prônées, hélas ! non, et si je n'ai aucune répugnance à trouver que,

dans certains cas bien déterminés, elles peuvent faire bien, j'ai la conviction que, dans d'autres fort nombreux, elles sont absolument inutiles; dans plus d'un, elles peuvent être nuisibles.

Les eaux thermales de la Martinique sont surtout ferrugineuses, et on sait que ce sont celles qui sont en somme efficaces dans la moindre limite. Une preuve qu'on peut en donner, c'est qu'à deux cents mètres de l'hôpital de Fort-de-France, il y a une source identique à celle de Didier et d'Absalon sous le rapport de la composition, rien n'est donc facile comme d'instituer un traitement sur place à l'hôpital même par son secours. Or, dix fois, cent fois, on a fait l'expérience et, dix fois, cent fois, on a reconnu que l'effet produit était presque insignifiant, de sorte que l'on est obligé de reconnaître que c'est plus par l'altitude où se trouvent les sources Didier, Absalon, Moutte et Mesimy que par la composition chimique de leurs eaux, qu'on peut espérer qu'un effet satisfaisant se produira chez les sujets soumis au traitement thermal. La conséquence naturelle d'une telle opinion, c'est que tout autre point choisi dans les hauteurs de la Martinique aurait un aussi bon effet.

La meilleure preuve que j'en puisse donner pour ma part, c'est que, pendant que j'étais à la Martinique, j'ai envoyé des convalescents dans les divers établissements et j'ai constaté que ceux qui revenaient de la source Bally ou Moutte étaient absolument dans les mêmes conditions que ceux qui revenaient de la source Didier, de la source Absalon, etc., etc. Tantôt ils s'étaient trouvés bien, tantôt ils s'étaient mal trouvés de leur tentative, et je suis persuadé que, dans l'un comme dans l'autre cas, il était absolument indifférent pour leur santé, qu'ils eussent séjourné là ou là.

Je suis donc porté à considérer l'utilité de ces établissements thermaux comme résidant uniquement dans leur situation topographique, et je suis persuadé que dans les cas où il est indiqué de placer un convalescent dans de bonnes conditions pour récupérer ses forces, le lieu où il doit résider peut être n'importe où, pourvu qu'il réunisse les conditions suivantes :

A. être assez loin du littoral pour que l'air ne soit pas chargé des effluves de la plage;

B. être assez élevé pour que la température soit plus fraîche que dans les villes de Fort-de-France et de Saint-Pierre ;

C. être assez découvert pour que les brises alisées ventilent largement et incessamment la localité ;

D. être dans un lieu aussi sec que possible et là où il pleut relativement moins.

Par conséquent, on voit que je suis loin de conseiller exclusivement telle ou telle localité.

Si pendant mon séjour à la Martinique, j'avais eu besoin pour moi ou un des miens de recourir à ce séjour dans les hauteurs, je ne sais si je n'aurais pas choisi le gros morne par exemple, et lorsque je passais au Col de la Réale allant au Marin, je me disais que celui qui établirait sur ces hauteurs bien découvertes du Sud de l'île, une habitation confortable aurait créé le lieu de convalescence le plus efficace qu'on puisse trouver dans l'île. En effet, de ces côtés la brise de N.-E. n'est arrêtée par rien et la disposition topographique de l'île fait qu'il y pleut moins que du côté du Nord, où les hauteurs de la montagne pelée et du massif de l'ile arrêtent le vent, les nuages, et semblent attirer la pluie.

Il tombe sous le sens a priori que pour remettre l'équilibre dans un organisme fatigué par un air chaud et humide, il faut euvoyer le sujet en convalescence dans un lieu frais et sec ; or, comme je l'ai dit à maintes reprises, les hauteurs du massif nord de l'île sont fraîches, mais humides, plus humides même que le littoral, de sorte qu'à priori on comprend que les Pitons sont moins efficaces que ne le pensent ou le disent ceux qui ont intérêt à ce que les convalescents y aillent de préférence à tous les autres points.

Je me suis assez souvent élevé dans divers passages de mes études sur les maladies de la Martinique contre cet engouement qu'on a dans la colonie pour les *Pitons* ; je n'ai pas à insister encore ici : Bourrer le malade de quinine tant qu'il est alité ; l'envoyer *aux Pitons* en changement d'air dès qu'il peut se lever, voilà la seule et unique thérapeutique à la mode pour quelques-uns et pour ma part, je ne saurais trop m'élever contre cette manière aveugle de faire.

Ce n'est pas que je déteste la campagne pour moi ou les sujets que j'ai été assez heureux pour voir revenir à la convalescence après une maladie plus ou moins grave. Certes, j'applaudis mille fois pour des cas pareils au changement d'air ; et, à la Martinique plus qu'ailleurs, je suis disposé à préconiser ce changement d'air, mais. entendons-nous bien, il faut que ce changement d'air place le sujet dans un lieu sec et frais.

C'est parce que la localité de Messimy est relativement plus sèche que les Pitons Absalon et Didier que la source du prêcheur a paru préférable à beaucoup de gens bons observateurs. C'est parce que le coteau, sur lequel est la source Moutte, se trouve plus ventilé et plus sec que ces Pitons, Absalon et Didier, qu'on a reconnu à l'établissement Bally une efficacité plus grande dans maintes circons-

tances, et je ne saurais trop le répéter, l'eau n'y est à peu près pour rien à mon avis, de sorte que si demain on pouvait envoyer les Européens changer d'air au gros morne, au Col de la Réale, ou sur tel autre point du massif sud de l'île, où il pleut moins que dans les diverses localités du Nord de l'île, je serais le premier à préconiser ce point, de préférence à tous les autres.

J'ai dit à diverses reprises que le séjour dans les hauteurs humides était pernicieux pour les convalescents de dysentérie et pour tous ceux qui avaient de la tendance au dévoiement, je n'ai pas besoin de le redire encore et d'entrer de nouveau dans de plus longs développements à ce sujet.

La conclusion de ces longs détails que je viens de fournir est bien claire, j'espère, pour le lecteur ; lorsqu'on a été fatigué par le climat, éprouvé par une maladie, et particulièrement par une maladie amarile, changer d'air est une bonne, une excellente chose. Le lieu le plus sec en même temps que le plus frais est le meilleur sans qu'il soit nécessaire de chercher une eau thermale, quelle qu'elle soit; lorsqu'on a eu la dysentérie ou bien qu'on a l'intestin susceptible, il faut éviter avec le plus grand soin le séjour dans les lieux humides, et par conséquent là où les hauteurs sont plus humides que le littoral, elles conviennent moins que ce littoral à la convalescence bien que lui-même soit très mauvais pour la santé.

Les Européens qui ont été atteints par une maladie amarile peuvent assez souvent se remettre en santé à la Martinique, soit en restant sur le littoral, soit en montant dans les hauteurs ; mais ceux qui ont été touchés par la dysentérie, ou qui portent une affection du foie de la nature de celles qu'occasionnent les pays chauds, sont moins favorisés. Si on cite quelques cas où la guérison a pu survenir sur place, il ne faut pas oublier que, dans l'immense majorité des cas, on ne se débarrasse pas de la dysentérie en restant dans le pays; car si on reste sur le littoral, on court de très grands dangers; si au contraire on monte dans les hauteurs humides, on va au-devant des accidents ; dans ces conditions, le mieux est de se décider à retourner en Europe lorsqu'on voit que la susceptibilité intestinale persiste et que les fonctions de cette partie du tube digestif sont comme en équilibre instable. On évite par le rapatriement, des complications et souvent la terminaison funeste même; car on ne saurait trop y songer, la dysentérie négligée aboutit aux Antilles à l'abcès du foie dans des proportions qui, pour ne pas être aussi fâcheuses qu'au Sénégal, sont encore extrêmement regrettables.

Donc, qu'on n'hésite pas, le retour dans la zone tempérée est une

des choses les plus péremptoirement indiquées dans ces cas de dysentérie persistante. Je suis convaincu, pour ma part, que c'est surtout à cette facilité avec laquelle je me suis décidé à renvoyer les valétudinaires dans la mère-patrie, que j'ai dû les heureux résultats de ma pratique au Sénégal comme à la Martinique.

Qu'on me permette de rappeler ici que, si la dysentérie proprement dite celle qui a été contractée aux Antilles mêmes réclame le départ prochain de la Colonie, lorsque le malade s'affaiblit, il n'en est pas de même pour ceux qui ont la diarrhée chronique et spécialement cette diarrhée si remarquable contractée en Cochinchine. Pour ceux-là, au contraire, le climat Martiniquais est à certains égards préférable à celui de l'Europe, et j'ai vu un assez grand nombre de guérisons très remarquables survenir sous l'influence du régime lacté pour que je croie pouvoir avancer que la maladie dite de Cochinchine guérit aussi bien, toujours, mieux dans beaucoup de cas, à la Martinique qu'en France.

Quel est le moment le plus favorable pour opérer le rapatriement des convalescents ? Quand nous avons parlé du Sénégal, nous avons dit que le plus tôt était le meilleur, car il fallait tirer le plus vite possible le malheureux valétudinaire de ce milieu si pernicieux pour la santé et la vie même. A la Martinique, l'obligation est moins pressante et à moins de cas particuliers, on peut calculer ce renvoi, de telle sorte que le convalescent arrive en France dans les premiers jours de mai ou les derniers jours d'avril. La raison en est bien simple à donner : de la fin octobre au commencement de mai, la température de la Martinique est douce, agréable en tous points, tandis que celle de nos pays est plus ou moins âpre et désagréable. Mais n'oublions pas cependant de rappeler au lecteur que cette question de l'âpreté du climat de la France en hiver, n'est qu'un élément du problème et un élément assez secondaire même car il n'est pas impossible, dans bien des cas, de se garantir du froid à l'aide de quelques additions dans les vêtements, tandis que l'influence du climat tropical persiste sur l'organisme détraqué ; que l'on soit dans la bonne comme dans la mauvaise saison. Par conséquent, il faut que le médecin pèse dans son esprit les chances favorables et défavorables que courra l'intéressé suivant le cas, et c'est de ce débat contradictoire que sortira sa résolution.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE EN RENTRANT EN EUROPE.

Dans ce livre, comme dans mon étude sur les maladies du Sénégal, j'ai eu pour objectif de réunir d'une manière sommaire tous les

renseignements qui peuvent être utiles pour les jeunes médecins appelés à servir dans la colonie et comme j'ai suivi le même cadre, je puis sans inconvénient répéter les mêmes choses lorsqu'elles ont leur raison d'être; or, pour le moment, je n'ai à peu près qu'à redire textuellement ce que j'ai écrit précédemment.

Nous sommes enfin arrivés au moment où la corvée est finie, la dette du service est payée, et nous voici au jour du retour dans la mère patrie, jour ardemment désiré quand on est au Sénégal où la vie est une longue souffrance peut-on dire, et où on manquait de de tout bien-être; jour qu'on n'attend pas avec moins d'impatience à la Martinique, quand on ne s'est pas laissé retenir par les mailles du filet de séductions dont l'enchanteresse sait si bien envelopper plus d'une de ses victimes.

Au Sénégal, tout le monde a hâte de rentrer en France; chacun voit arriver le jour du départ avec une joie immense. Et cependant lorsqu'on a passé un certain temps dans la mère-patrie, on songe avec plaisir à cet âpre pays, on se rappelle avec un sentiment très agréable, maintes péripéties de son existence et quelquefois même à peine la santé est-elle récupérée, qu'on a le désir d'y retourner, qu'on accueille avec plaisir l'ordre d'y aller faire du service, qu'on sollicite même cet ordre dans bien des cas: Vérifiant ainsi ce proverbe bien vrai : que celui qui est allé une fois au Sénégal y retourne toujours une seconde fois.

A la Martinique, c'est le contraire pour beaucoup, la vie n'y a pas été pénible; elle s'est écoulée au contraire doucement dans une agréable quiétude; le bien-être, quoique fort minime, y a été plus grand qu'au Sénégal, et cependant à moins qu'un mariage ne soit venu vous river pour toujours à la Colonie, et vous ait comme enlacé dans un réseau dont les mailles vous retiennent plus ou moins malgré vous prisonnier, on quitte le pays avec un moment de soulagement du cœur et de l'esprit. Bien plus une fois rentré en Europe, il ne vous vient jamais le désir de retourner dans ce pays. Les créoles mêmes n'ont jamais la nostalgie de leurs Pitons et de leur Savane. La preuve qu'on peut en donner, c'est lorsque ces créoles ont été assez favorisés du sort pour pouvoir prendre une résolution en parfaite indépendance d'esprit, ils émigrent en Europe, et ne songent plus sérieusement à retourner dans le lieu qui les a vus naître.

Je n'ai pas à rechercher ici les causes de cette étrange différence elles sont cependant parfaitement tangibles à l'esprit, et si le cadre de mon étude le comportait, je montrerais sans peine, je crois, que d'un côté cette lutte incessante de l'homme contre une nature âpre,

rude et primitive attache au Sénégal comme les aliments de haut goût, comme le travail pénible plaisent à certaines organisations. D'autre part, au contraire, la Martinique est un peu comme les sucreries qu'on y voit à profusion partout et toujours, et qui paraissent délicieuses au début, mais qui bientôt écœurent précisément par leur douceur et leur parfum suave mais sans montant. On sent qu'il y a quelque chose d'énervant dans l'air, de telle sorte que celui qui n'est pas foncièrement paresseux de corps et d'esprit se fatigue, se révolte bientôt à ce doux far-niente perpétuel, à ce bien-être fade de tous les instants.

Mais ne nous laissons pas entraîner dans des considérations étrangères à notre sujet, et disons que les précautions à prendre quand on rentre de la Martinique en Europe, se partagent en deux séries bien distinctes.

A. Celles qui ont trait aux individus valides.

B. Celles qui regardent les sujets plus ou moins éprouvés par la maladie.

Individus valides.

Il est incontestable que, lorsque les individus sont asssz bien portans pour pouvoir attendre, il vaut mieux les faire rentrer en Europe du 15 mai au 15 juillet, s'ils doivent habiter le nord de la France; du 15 avril au 15 août, s'ils doivent séjourner dans un des pays du Midi. La chose tombe si bien sous le sens d'elle-même que nous n'avons pas longuement à la discuter, il suffit de l'énoncer pour la faire accepter.

Ici, nous devons parler d'une opinion assez généralement admise dans les pays chauds et qui tendrait, si on l'acceptait, à faire changer la date que nous venons de fixer pour la rentrée en Europe; en effet, on prétend dans les colonies que les créoles et les individus acclimatés aux chaleurs tropicales par un séjour assez prolongé ont une sorte de résistance au froid qui fait qu'ils supportent mieux que les autres les froids de l'hiver dans les pays de la métropole. Ce n'est, dit-on, qu'après un an passé en France que le créole souffre réellement du froid et devient frileux; en d'autres termes, le premier hiver serait plus facile à passer que le second, quand on retourne dans la zone tempérée.

On cite de nombreux exemples, à ce propos, à ceux qui veulent se faire une opinion en questionnant les uns et les autres, mais je me demande si ces exemples sont aussi probants qu'on le croirait de prime abord. En effet, il faut tenir compte de tant de conditions

pour l'appréciation complète de toutes les parties de ce programme, qu'il n'est vraiment pas facile d'arriver à une solution.

Et d'abord, il est incontestable que, souvent, dans notre beau pays de France, l'hiver est assez doux pour ne pas fatiguer des créoles ou des individus acclimatés dans les pays chauds, qui viennent de retourner dans la mère-patrie. C'est beaucoup, je crois, parce que les hivers sont fréquents sur le littoral, et particulièrement dans nos ports de mer, que l'on est arrivé à formuler cette opinion de la plus facile résistance pendant le premier hiver.

D'autre part, il est à remarquer que ceux qui font la notoriété en ceci sont les personnes d'un certain rang dans la vie civile ou militaire, c'est-à-dire des individus ayant assez d'aisance pour se procurer un surcroît de vêtements chauds, une alimentation plus riche, de sorte qu'ils passent en somme très bien tous les hivers, et celui qui suit immédiatement leur rentrée en France étant le moment où ils se soignent d'une manière plus attentionnée que de coutume par un restant d'habitude des pays chauds, il s'ensuit qu'il leur semble qu'ils ont à cette époque mieux résisté que jamais au froid.

Cette théorie de la résistance plus grande au froid dans les premiers temps du retour en Europe me trouve donc assez incrédule d'une manière générale et je suis d'avis que les intéressés ne devront pas y compter d'une manière trop absolue. Qu'ils passent leur premier hiver dans le Midi, s'ils ont le choix, entre cette contrée et le Nord de notre patrie, et même qu'ils arrivent en France au commencement ou au milieu de l'été afin que la transition du climat soit aussi peu accentuée que possible, et je crois que d'une manière générale ils s'en trouveront bien.

Que, dans quelques circonstances et chez certains individus dans la force de l'âge et d'une excellente constitution, une transition brusque n'ait aucun inconvénient et présente des avantages incontestables, je le veux bien, l'esprit aime assez les oppositions, et il est porté à penser que celui qui a passé des années dans un pays plat, au niveau de la mer, sous une latitude voisine de l'équateur, se trouvera bien d'aller respirer à pleins poumons l'air raréfié des montagnes dans les pays septentrionaux. Mais, si pareilles réactions se passent sans encombre chez des organismes vigoureux et privilégiés, il est bien à craindre que ceux qui sont débiles et peu énergiques n'éprouvent bien de fâcheux accidents par l'application de ces principes plus séduisants en théorie que réellement utiles dans la pratique.

Donc nous pensons, en fin de compte, qu'il faut rentrer en Eu-

rope, quand on est maître d'en choisir le moment, dans les premiers mois de l'été; et je suis d'avis que, dès le lendemain du départ de la Martinique, pour ainsi dire, surtout si le retour se fait sur les grands paquebots transatlantiques, il faut songer à ne pas se refroidir. En effet, on arrive jusqu'au parallèle des Açores, sans ressentir une fraîcheur bien pénible, mais pour peu que l'on rencontre dans les environs de ces îles des brises du nord, il est utile d'augmenter le nombre des vêtements, d'abord à certains moments, puis d'une manière permanente, et enfin, il est nécessaire de se couvrir avec des tissus relativement assez chauds.

Même au cas où il aurait joui de la plénitude de la santé pendant son séjour à la Martinique; même alors qu'il aurait un appareil respiratoire en parfait état d'intégrité anatomique et de fonctionnement, l'Européen qui rentre en Europe doit songer qu'il est toujours relativement anémié, et que celui dont le sang n'est pas très riche est plus spécialement disposé que tout autre à s'enrhumer et aussi à avoir des reliquats de ces rhumes, donc il est indispensable de se précautionner de ce côté; et si je dis cela pour ceux dont les poumons sont en bon état, que pense-t-on que je dirais pour ceux qui les ont fatigués ou malades!

Non seulement il faut avoir bien soin de ne pas s'enrhumer, mais encore il est grandement utile de surveiller les fonctions de la peau, ainsi il est vulgaire, on le sait, de dire que dans les régions tropicales la peau fonctionne activement, est plus lâche et plus impressionnable; par conséquent, surveillons de très près la fonction cutanée en rentrant dans les pays froids.

Ceux qui ont passé à diverses reprises d'un pays tempéré dans un pays chaud, et *vice versa*, ont constaté chez eux un phénomène qui prouve l'exactitude de ce que je viens de dire; ils ont vu alors que, dans la zone torride, la nuit entière se passait sans qu'ils eussent besoin d'uriner; ils étaient obligés de se lever une, deux, trois fois pendant la nuit pour satisfaire aux besoins de la miction dès qu'ils remontaient dans le Nord.

Tous les marins qui sont allés en Cochinchine, à la Martinique, à la Guyane et même au Sénégal, ont entendu parler de ces faits extraordinaires d'individus qui avaient accompli leur temps de service colonial sans grande fatigue, quelquefois même sans aucun inconvénient, et qui ont été pris en rentrant en Europe d'accidents de diarrhée chronique qui les ont menés plus ou moins bas, au tombeau même. Eh bien! je suis convaincu, pour ma part, que ces faits sont en rapport avec les brusques transitions mal ménagées dans les

fonctions de la peau et que c'est parce que les liquides qui s'écoulaient par l'enveloppe cutanée ont été refoulés tout à coup et d'une manière intempestive que l'intestin s'est mis à sécréter anormalement d'abord, puis à présenter ces lésions de fonction et ces altérations anatomiques.

Je ne puis dans le moment présent faire autre chose que d'indiquer le point de pathogénie et d'hygiène, mais c'est tout un horizon que je montre, on le voit, et par conséquent toute une série d'indications et de mesures de précautions qui naissent dans l'esprit des médecins de la marine qui lisent ce passage de mon travail. Il est inutile d'insister bien longuement là-dessus, par conséquent.

En nous occupant de la rentrée en Europe des malades, nous devons partager notre exposition en diverses portions :

A. Considérations générales applicables à tous les valétudinaires;

B. Considérations spéciales à chaque genre de malades, anémiques, impaludés, dysentériques, malades de la poitrine, pour tâcher de parler de tous les cas qui peuvent se présenter.

Mais n'oublions pas de le rappeler tout d'abord, ce travail ne peut avoir la prétention de traiter la question d'une manière générale et avec tous les détails qui constituent l'enseignement classique de l'hygiène. Nous n'avons, à proprement parler, que la prétention de remettre en mémoire au lecteur les grandes prescriptions de l'hygiène qu'il a étudiées précédemment, en insistant plus particulièrement sur l'application spéciale de ces lois au cas actuel, le retour dans le pays, de l'Européen qui a passé un certain temps à la Martinique.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES APPLICABLES A TOUS LES VALÉTUDINAIRES.

Si on a lu avec quelque attention les diverses parties de mon long travail sur les maladies des Européens au Sénégal et les deux présents volumes sur les maladies de la Martinique, on a été certainement frappé de la fréquence avec laquelle nous avons répété, en parlant de toutes les affections ou à peu près, qu'il n'y a, lorsque les sujets sont arrivés à un certain point, qu'un seul moyen de les guérir : c'est de les renvoyer en Europe, et encore ce moyen ne manque-t-il pas d'être aléatoire bien souvent ; que de malheureux n'a-t-on pas jetés à la mer dans la traversée du retour ? Combien de pauvres malades sont venus expirer dans la mère-patrie sous le coup d'atteintes morbides contractées dans la zone torride, et sans

que le retour au pays ait pu avoir une réelle efficacité, parce qu'il s'était effectué trop tardivement?

Il faut admettre en principe cette loi qui souffre bien peu d'exceptions : c'est qu'au Sénégal, comme à la Martinique, l'Européen résiste plus ou moins bien quelquefois à l'action meurtrière du climat, tant qu'il n'y a pas une lésion organique ou une intoxication bien positive, et dans ces conditions il peut avoir l'espoir de vivre sous les tropiques plus ou moins longtemps sans courir des dangers bien grands. Mais dès qu'il est intoxiqué ou qu'il y a une lésion anatomique un peu accentuée, il faut qu'il rentre au plus vite dans les pays tempérés s'il ne veut pas mourir très prématurément. On résiste tant qu'on reste debout, mais quand on est tombé on ne se relève plus, dit-on vulgairement dans le pays, et, pour ma part, j'ai constaté mille fois pour une la véracité de cet adage.

Cette opinion, que l'homme qui a été sérieusement malade ne guérit pas en général aux colonies, étant admise en principe, il en découle la nécessité de la rapatriation, et, ainsi que je l'ai fait ressortir en maints endroits précédemment, il faut que cette rapatriation soit hâtée, si on ne veut pas s'exposer à des mécomptes. Si je conseille, après tant d'autres, de ramener hâtivement les Européens valétudinaires en Europe, c'est que, comme eux, je suis pénétré de l'extrême importance de cette indication si heureusement formulée par Dutroulau : Qu'il faut, avant d'embarquer le convalescent sur le bâtiment de retour, avoir égard au degré de force qui reste aux malades autant qu'aux désordres pathologiques de leurs organes. N'oublions pas, en effet, qu'il y a certains moments critiques qu'aura à subir le malheureux, et il faut qu'il ait encore une certaine vigueur organique pour y résister.

Il faut donc rapatrier hâtivement les convalescents et les malades, et il est logique de penser que plus tôt on se décide à les renvoyer, moins il y a de difficulté à les ramener à bon port.

Avons-nous besoin d'entrer dans de longs détails au sujet de ces questions si souvent agitées, du moment de l'année où le retour est plus efficace, moins dangereux, etc., etc. Il est bien difficile, on comprend, d'établir des règles immuables sous ce rapport, et ce que nous avons dit à maintes reprises a suffisamment fixé les idées pour que nous n'ayons pas besoin d'insister plus longuement ici. Les éléments du problème sont ceux-ci : Le sujet court-il des dangers en restant en Sénégambie plus longtemps et dans quelle limite le *statu quo* est-il menaçant? Voilà le premier point à débattre. Dans quelle partie de la France va-t-il arriver, et séjournera-t-il

jusqu'à la belle saison ? Voilà un autre point aussi capital que le premier.

Lorsqu'il s'agit de civils, on comprend que la question du bien-être relatif entre comme un troisième facteur très important ; mais pour les militaires cette raison n'existe pas heureusement, et la question se réduit à la rigueur à ceci : Le sujet a-t-il moins à craindre dans un hôpital de la colonie ou dans un hôpital militaire, soit de Nantes, soit de Bordeaux, soit de Toulon ? Or, réduite à ces termes, la situation doit, à mon avis, être très facilement résolue, et pour ma part, considérant la clémence du ciel du bassin de la Loire, de la Gironde et de la Provence, j'ai toujours été porté à ne pas atermoyer le rapatriement, lorsque les individus m'ont paru avoir assez de résistance pour supporter la traversée de retour.

La joie de rentrer en Europe, l'espoir que le climat du pays va ramener la guérison peut faire des prodiges, et alors pourquoi ne pas se décider facilement ? Ici, comme toujours, le proverbe latin « *audaces fortuna juvat* » a reçu plus d'une fois de très vraies confirmations.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX IMPALUDÉS.

La grande majorité des Européens qui reviennent du Sénégal est impaludée. Cette proposition est surabondamment prouvée par tout ce que nous avons dit jusqu'ici, par tout ce que les livres de rapports, mémoires, monographies ont proclamé bien avant nous, enfin par la notoriété publique depuis plusieurs siècles, nous n'avons donc pas à insister plus longuement sur sa réalité, nous l'admettons sans conteste. Ceux qui reviennent de la Martinique le sont infiniment moins souvent.

Or, lorsque les individus sont impaludés, ils doivent se tenir en garde contre la possibilité de certains accidents, et, en effet, on se souvient de cette loi que nous avons signalée précédemment, loi qui n'est pas absolue, mais dont nos prédécesseurs et nous-même, après cent autres, avons vu souvent la manifestation ; loi qui peut se formuler ainsi : tout individu impaludé qui passe au Sénégal d'un endroit malsain dans un endroit relativement moins malsain est exposé à éprouver des accès de fièvre plus forts et plus fréquents que ceux qu'il avait eus jusque-là.

Nous nous sommes arrêté suffisamment peut-être sur cette particularité précédemment, mais le sujet est assez important pour que nous y revenions encore ici, et nous dirons en quelques mots que très probablement c'est la différence de température qui agit ici

pour provoquer un *raptus* ou bien une manifestation plus intense de la fièvre paludéenne ordinaire ; la chose est d'autant plus probable que le sujet impaludé est devenu, on le sait, un être impressionnable chez lequel tout provoque une recrudescence de fièvre. Chez celui-ci, c'est l'ingestion d'un aliment plus difficile à digérer ou plus copieux que de coutume ; chez celui-là, c'est une joie, une crainte, une colère, une tristesse ; chez un autre, c'est une fatigue, une exposition au soleil. On comprend donc que c'est le même mécanisme qui provoque l'accident quand on passe de l'intérieur des terres où il fait très chaud sur le littoral où il fait relativement plus frais, ou bien lorsqu'on part du pays chaud à n'importe quel moment de l'année pour remonter dans le Nord. Je n'ai pas à rappeler ces faits restés légendaires de gens, et entre autres, celui de la thèse de mon excellent ami Doué, médecin principal : Un amiral qui était impaludé, mais d'une manière paraissant assez légère, et qui, en rentrant en Europe, est pris par le travers des Canaries d'un accès pernicieux mortel. Nombre de cas analogues ont été rapportés et sont acceptés sans discussion jusqu'ici.

Ces faits étant acceptés et l'explication du refroidissement comme cause déterminante paraissant plausible, on voit qu'il en ressort aussitôt deux indications bien précises : 1° Les impaludés feront très bien de ne pas s'exposer au refroidissement qui peut leur être si terriblement nuisible par une recrudescence de la fièvre paludéenne, sans compter les autres accidents qu'il peut provoquer ; 2° En cas de la moindre indisposition chez les impaludés qui rentrent en France, le malade comme le médecin doivent avoir présents à l'esprit la possibilité de la perniciosité, et par conséquent ne pas oublier d'insister sur l'emploi de la quinine. Heureusement, hâtons-nous de le dire, l'impaludation est l'extrême exception chez ceux qui reviennent de la Martinique, de sorte que c'est seulement pour mémoire que nous en parlons ici.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX DYSENTÉRIQUES ET AUX MALADIES DU FOIE.

Nous avons suffisamment parlé précédemment de l'extrême facilité avec laquelle la dysentérie rechute à la Martinique, pour qu'on soit fixé à priori sur la nécessité de prendre de grandes précautions à l'égard des dysentériques qui rentrent en Europe. Tout d'abord rappelons que ce retour est la seule chance de guérison qui reste au malheureux dysentérique dans maintes circonstances, mais il s'en faut de beaucoup que cette chance lui reste encore dans tous les cas.

Thévenot, qui est une si grande autorité en matière de pathologie et d'hygiène du Sénégal, était d'avis de renvoyer le plus possible et à n'importe quel degré de la maladie les dysentériques. « Combien, dit-il, sont partis sur un lit qu'ils ne pouvaient quitter, et qui ont trouvé au large une guérison inespérée. »

Cette opinion de Thévenot nous montre, peut-on dire, jusqu'où on peut aller quand il s'agit de déterminer si un dysentérique peut ou non être embarqué sur un navire de retour, et, bien plus, aujourd'hui que les paquebots transatlantiques ont mis les Antilles et le Sénégal à dix ou douze jours de l'Europe, on comprend que la limite est encore reculée.

Les premières impressions de froid ont parfois une action pernicieuse sur les dysentériques et donnent le dernier coup à quelques malheureux, mais il faut reconnaître, en somme, que c'est l'exception et que, le plus souvent, surtout lorsque des imprudences ne sont pas faites par le malade, elles donnent, sur le navire du retour, un ressort de bon aloi aux dernières forces de l'individu et par conséquent viennent aider à la thérapeutique.

Si de la dysentérie nous passons aux maladies du foie, nous voyons que l'émigration vers le nord est encore plus formellement indiquée dans ces derniers cas, et il suffit de rappeler la rareté des décès par hépatique dans nos climats relativement à la fréquence de la terminaison funeste de cette maladie dans les pays chauds, pour que l'opinion soit fixée d'une manière définitive.

Quant à ce qui est des précautions à prendre pour les individus qui rentrent du Sénégal avec une affection du foie, nous n'irons pas jusqu'à dire que l'impression de fraîcheur allant jusqu'au refroidissement que perçoit le poumon, soit de nature à diminuer, par une sorte de consensus physiologique, la tendance morbide de l'organe hépatique. Nous croyons au contraire qu'il faut ménager le plus possible les poumons, de peur qu'une phlegmasie respiratoire ne vienne compliquer très fâcheusement la scène déjà très compromise par elle-même, ou bien ne vienne ajouter une action de voisinage très fâcheuse dans l'espèce pour le foie du malade.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX ANÉMIÉS.

Bien que le nombre des anémiés soit considérable parmi ceux qui reviennent de la Martinique, on n'a pas besoin de parler longuement des précautions qu'il faut prendre à leur égard pendant le rapatriement. L'homme anémié est, comme on l'a dit bien souvent, comparable à une lanterne allumée qui a perdu ses verres, le moindre

souffle en fait vaciller la flamme et l'éteint, il faut de grandes attentions à leur égard, mais cependant rien qui diffère des règles générales de l'hygiène, de sorte que nous pouvons ne pas insister plus longuement sur ce sujet.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES APPLICABLES AUX MALADIES DE LA POITRINE.

Les maladies de la poitrine marchent avec une rapidité des plus fâcheuses vers l'aggravation dans les pays antilliens, de même que dans la plupart des contrées de la zone torride. Elles y marchent incontestablement plus vite que dans les pays d'Europe. Telle est la pensée que doit avoir présente à l'esprit le médecin qui se trouve en présence d'un individu atteint d'une affection organique de la poitrine et pour laquelle il songe au rapatriement.

On comprend facilement, après cela, qu'il faut se décider de bonne heure à soustraire l'Européen atteint de la maladie qui nous occupe aux influences fâcheuses du climat tropical, et il en découle que, moins la maladie sera avancée, plus facilement la traversée sera supportée.

Si nous avons dit déjà, en parlant des autres maladies dites exotiques, qu'il faut garantir avec soin les sujets des refroidissements à cause du retentissement que ces refroidissements pourraient avoir sur l'organe pulmonaire, *a fortiori* faut-il rappeler ici que les phthisiques doivent ne pas s'exposer aux affections aiguës dues à l'action trop directe du froid sur l'organisme, et il en découle qu'il faut les couvrir de vêtements plus chauds, les mettre dans des logements mieux garantis contre les rigueurs de l'atmosphère que les logements de ceux qui ont la poitrine en bon état.

La question de savoir s'il vaut mieux rapatrier le sujet en plein hiver, ou le garder dans la colonie jusqu'au moment où la température sera plus douce sur la côte de France, s'agite à chaque instant, sans pouvoir être résolue d'un mot, et, en effet, quelle est la position sociale de l'intéressé, où va-t-il rester une fois en Europe? Voilà une série de termes qui peut varier dans de grandes limites. A quel point de l'évolution morbide est-il arrivé? Quelle est la marche de cette maladie? Dans quelle proportion l'anémie tropicale réagit-elle sur cette marche? etc., etc. Voilà une autre série qui a sa grande importance, et c'est, on le comprend, par la pondération exacte de toutes les conditions en se souvenant que la nécessité de rapatrier les individus hâtivement est, dans ce cas, plus impérieuse peut-être que dans tous les autres.

DES SOINS NÉCESSITÉS PAR LES MALADIES CONTRACTÉES AUX ANTILLES CHEZ LES INDIVIDUS, APRÈS LEUR RETOUR EN EUROPE.

Si le voyage est fini en lui-même dès que l'Européen a mis le pied sur la plage d'Europe en revenant des Antilles, on ne peut pas dire que les conséquences en soient épuisées, que son organisme ne se ressente plus, à partir de ce moment, d'un séjour plus ou moins prolongé dans un pays où les individus nés dans la zone tempérée ne sauraient habiter impunément. Le sujet reste encore, et pendant longtemps, dans un état qui doit avec juste raison être attribué à l'influence sénégalaise, et que nous avons par conséquent à étudier ici. Il est encore nécessaire dans ce moment de faire la distinction entre les individus relativement bien portants et les malades, et, bien qu'à proprement parler il n'y ait qu'une différence du plus au moins dans laquelle la prudence commande d'employer les moyens d'hygiène et de curation, nous devons ne pas la négliger.

Individus bien portants.

L'Européen qui a séjourné pendant deux ou trois ans à la Martinique, même sans y avoir été malade, et *a fortiori* celui qui y a passé un temps plus long, a, pour ainsi dire, perdu ses droits de cité dans le pays natal ; il a besoin d'observer certaines règles d'hygiène ; il lui faut prendre quelques précautions pour ne pas courir des dangers d'indisposition et même de maladies sérieuses. C'est pour cela qu'il doit se prémunir contre le froid et l'humidité de nos climats pendant l'hiver, de même qu'il devra dans sa nourriture comme dans ses exercices et ses plaisirs garder une exacte mesure qui lui permette de récupérer sans accidents son assuétude aux climats tempérés, aux aliments savourés de nos contrées, etc., etc.

Il est incontestable que, le plus souvent, le retour en Europe redonne une force qu'on croyait perdue, des couleurs qu'on n'avait plus depuis longtemps, une activité de digestion inconnue au Sénégal, mais trop souvent aussi les bronchites, les angines, les laryngites, le rhumatisme, en un mot, toutes les affections qui reconnaissent le froid et l'humidité pour origine principale, surviennent avec une fréquence et une facilité qui commandent aux intéressés la plus grande prudence.

Malades.

En nous occupant des soins nécessaires aux valétudinaires après

leur retour de la Martinique, nous avons encore besoin d'établir les catégories que nous avons présentées précédemment, à savoir:

Les impaludés;

Les dysentériques et malades du foie;

Les anémiés, les dyspeptiques;

Car, suivant tel ou tel cas, les soins réclamés sont différents pour ramener la santé, quand la chose est encore possible.

Impaludés.

Les impaludés sont, peut-être, les plus favorisés après leur retour en Europe, car, à part quelques exceptions, le séjour dans la zone tempérée produit à lui seul et en un temps relativement assez court d'excellents résultats. Il reste cependant bien entendu que le sujet ne séjournera pas dans un pays paludéen, une fois rentré en France, car il serait dans ce cas, au contraire, une victime désignée aux accidents les plus dangereux.

Sous l'influence du séjour en Europe, les accès de fièvre s'éloignent peu à peu; de quotidiens, ils deviennent tierces, quartes, octants, mensuels, annuels, et la fièvre elle-même cède plus facilement à la quinine que dans les pays chauds.

J'ai parlé précédemment et à plusieurs reprises de la possibilité des accès pernicieux; il ne faut pas la perdre de vue, quelque favorable que soit le pronostic de l'impaludation chez les individus qui sont rentrés en Europe après un séjour sous les tropiques. Il est vulgaire de voir le paludisme se manifester chez les individus revenus en Europe par des phénomènes dits larvés; donc, dans une angine, une bronchite, une blessure même, le médecin attentionné doit voir parfois une indication de la quinine, et souvent il obtiendra ainsi des résultats vraiment remarquables.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins constant que le seul séjour en Europe est un puissant moyen de curation de l'impaludation tropicale, et, soit que ce séjour soit employé seul, soit qu'on le double de ces milles moyens qui touchent autant à l'hygiène qu'à la thérapeutique: l'hydrothérapie, les bains toniques, l'air des montagnes, etc., etc., on arrive bientôt à n'avoir plus de l'impaludation que le souvenir.

Les eaux minérales doivent trouver leur place ici, et on a recommandé plus spécialement les eaux de Pougues, de Luxeuil, de Cransac, d'Evian; assurément ces eaux peuvent produire de très bons résultats, mais je doute qu'elles soient indispensables dans la majorité des cas, et à voir les bons effets du climat seul, surtout quand le

sujet est assez sobre et assez raisonnable pour se soigner d'une manière intelligente, j'en suis arrivé à penser que les eaux minérales ne sont, le plus souvent, qu'un moyen secondaire, et que j'appellerai avec tant d'autres un moyen de luxe dont ceux qui n'ont pas les faveurs de la fortune peuvent très bien se passer.

Dysentériques.

La dysentérie étant une des maladies très communes à la Martinique et une de celles qui réclament le plus impérieusement le retour en Europe, il est naturel de penser que c'est une de celles que l'on rencontrera le plus souvent chez les individus qui sont en Enrope au retour d'une campagne aux Antilles. Eh bien, à vrai dire, l'influence du changement d'air est si bienfaisante qu'il est relativement assez rare de voir des individus se ressentir encore de leur affection intestinale quand il s'est écoulé quelques mois depuis leur rentrée dans le pays. Moins pernicieuse en ceci que la Cochinchine, la Martinique ne lègue très généralement pas à ceux qui l'ont habitée cette diarrhée chronique qui enlève tant de malheureux depuis quelques années.

Les reliquats d'une dysentérie contractée à la Martinique sont en général soit une rectite, soit une diarrhée chronique, les soins à donner sont différents dans les deux cas, et nous allons en dire un mot rapide séparément.

Rectite.

Grâce aux investigatiohs de mon savant collègue, Lalluyaux d'Ormay, et de nombre de médecins de la marine, la dysentérie chronique a été grandement éclairée par la distinction qu'on a faite de la rectite. J'en ai assez parlé précédemment pour n'avoir pas besoin d'y revenir longuement ici. Or, d'après les acquisitions faites sur ce sujet, il faut dire que le traitement topique local est celui qui donnera les meilleurs résultats ; tout le reste ne peut être considéré que comme secondaire à côté de ce moyen principal.

Diarrhée chronique.

La diarrhée chronique, qu'elle ait été rapportée du Sénégal, de la Martinique ou de la Cochinchine, est souverainement traitée par le régime lacté, J'ai, aujourd'hui, fait l'expérience de cette thérapeutique un assez grand nombre de fois pour pouvoir affirmer, de la manière la plus positive, que nous avons là un moyen de guérison efficace dans le plus grand nombre des cas. Tous les autres moyens,

astringents, toniques, eaux minérales, purgatifs, opiacés, etc., ne sont presque rien, à mon avis, à côté du traitement lacté fait avec soin, et je dirai, avec l'assurance de ne pas être démenti par ceux qui ont suivi mes visites depuis quelques années, que le traitement lacté fait, entre les mains du médecin qui l'emploie sagement, tout le bien qu'on peut humainement attendre en ce moment de l'intervention du médecin dans la maladie dont il est question ici.

On a conseillé l'air de la campagne, des montagnes, les eaux minérales alcalines, ferrugineuses, arsénicales pour parachever la guérison. Ce sont, je le répéterai, des moyens de luxe, et encore j'établirai une distinction entre eux. C'est ainsi que l'habitation dans les montagnes, le séjour à la campagne me paraissent un bon moyen à mettre en usage pour les gens aisés, tandis que les eaux minérales sont si souvent nuisibles, que je suis porté à ne les conseiller que dans des cas absolument exceptionnels. Je renvoie au livre de M. Delioux pour la preuve que ces eaux minérales sont très rarement utiles, et, pour ma part, j'irai beaucoup plus loin que lui, en disant, que les eaux thermales sont peut-être utiles quand la maladie intestinale a cessé et qu'il ne reste plus qu'une anémie et une susceptibilité de l'organisme, mais que, tant qu'il y a une lésion matérielle de l'intestin, elles doivent être proscrites.

Anémiés.

Un des médecins qui ont le mieux étudié les maladies des pays chauds, le Dr Rufz de Lavison, a dit avec raison, dans un remarquable travail dont j'ai eu maintes fois l'occasion de constater la grande valeur (*Chronologie des maladies de Saint-Pierre* (Martinique) *in Arch. de méd. navale de* 1869 : « On peut dire que sous la zone torride tout tend à l'anémie: c'est le carrefour où viennent aboutir les maladies les plus diverses. » Si la chose est exacte pour la Martinique qui est relativement un des pays les plus favorisés de la zone tropicale, on comprend qu'à fortiori elle doit être de même pour le Sénégal. Nul ne contestera cette assertion, et si besoin était, je rappellerais l'impression que ressentent tous ceux qui arrivent de France au Sénégal à la première vue de leurs camarades, habitant le pays depuis un certain temps ; ou bien j'invoquerais le souvenir de ceux qui voient en Europe débarquer les convois venant du Sénégal.

Il est bien rare, peut-on dire, que l'anémie existe seule, surtout à la Martinique. Chez l'un, elle marche de pair ou dépend d'une impaludation, chez l'autre elle se manifeste avec une gastralgie, une en-

téralgie, un reliquat d'affection intestinale ou hépatique; mais, néanmoins, elle est souvent assez marquée, relativement à l'autre affection concomitante qui plus d'une fois même l'a engendrée, pour que cette 'anémie soit celle qui frappe le plus spécialement le malade et le médecin. D'ailleurs il arrive si fréquemment que, l'anémie disparaissant, la santé revient assez complètement sans plus de soins, que, dans maintes circonstances, c'est de cette anémie seule qu'il faut se préoccuper chez ceux qui reviennent des colonies.

Or, dans ces cas où l'anémie est à peu près la seule maladie que l'on vise, que convient-il de faire chez ceux qui la présentent? Même lorsqu'elle est arrivée à un degré assez avancé on peut attendre beaucoup, rien que du séjour en Europe, le plus souvent même on voit avec le temps et sans aucune intervention thérapeutique, les couleurs revenir, les forces reprendre avec l'appétit. Ce que j'ai dit de l'action des eaux minérales dans l'impaludation est absolument applicable au cas présent, c'est un remède de luxe qui n'est pas indispensable et qui, bien que fécond en bons résultats, n'a pas une utilité si exclusive qu'il faille le considérer comme une condition *sine qua non* de la guérison.

Nous ne visons pas ici les cas où l'anémie coexiste avec une altération organique ou fonctionnelle, reliquat d'une des maladies dites exotiques, fièvre, dysentérie, hépatite, car, dans ces cas, c'est l'autre facteur qui a le plus d'importance, et, par conséquent, doit préoccuper et le malade et le médecin.

Dyspeptiques.

Ceux qui ont vu de près les individus qui sont dans les pays chauds ou qui en reviennent, ont été frappés assurément de la fréquence de la dyspepsie chez eux. Même alors qu'on n'a pas été malade, à vrai dire, l'estomac est devenu capricieux dès qu'on a passé un certain temps sous les tropiques et les digestions sont assez difficiles, souvent pénibles, au point de constituer une véritable maladie.

Sans doute le séjour en Europe fait disparaître assez rapidement cet état sans qu'il soit besoin d'autres remèdes; mais cependant c'est dans ces cas que certaines eaux minérales : celles de Vichy, Vals, Luxeuil, etc., sont utiles. Elles doivent, dans tous les cas, être prises à petites doses, et il ne faut pas se presser de les employer, c'est ainsi, par exemple, qu'il vaut mieux les mettre en usage dans le cours de l'année qui suit celle de la rentrée en Europe que peu de temps après être revenu des colonies.

N'oublions pas que, même au cas où elles sont le mieux indiquées, les eaux alcalines n'agissent, dans la dyspepsie des individus revenus de la Martinique, que d'une manière assez secondaire, et comme adjuvante du grand air, du séjour à la campagne dans les pays montagneux, etc., etc., de sorte que, bien que dans le cas présent l'indication thérapeutique soit parfois très positive, on ne peut nier que le plus souvent ces eaux ne soient qu'un moyen de luxe auquel on supplée par quelques alcalins et le séjour à la campagne dans les pays d'origine des individus.

Individus malades de la poitrine.

Que la phthisie ait été acquise à la Martinique, ou qu'elle survienne chez un individu qui n'a jamais quitté la France, elle ne présente pas d'indication différente sous le rapport qui nous occupe actuellement, de sorte que nous n'avons pas à nous étendre d'une manière plus détaillée sur son compte ici, et nous renvoyons aux traités généraux pour ne pas donner à ce travail si long une longueur plus grande encore.

CONCLUSIONS

Après mûres réflexions, je me laisse aller à terminer ce livre comme j'ai terminé celui des maladies des Européens au Sénégal, et je répéterai par conséquent le passage du travail précité où je disais :

Arrivé à la dernière page de ce long travail sur les maladies des Européens à la Martinique, je dois répéter ce que je disais en le commençant pour bien montrer le but que j'ai voulu atteindre, le résultat que j'ai désiré obtenir : j'ai cherché à faire un livre qui, mis dans la main du jeuné médecin de la marine appelé à servir aux colenies au sortir des bancs de l'école, pût lui donner : tout d'abord, les allures de la climatologie du pays ; secondement, l'indication des maladies qu'il a le plus de chances d'avoir à combattre à tel ou tel moment de l'année. J'ai pensé qu'il suffisait de faire seulement l'énumération sommaire des symptômes de ces maladies et de signaler en quelques mots les agents thérapeutiques qu'elles réclament suivant le cas.

Voilà, dis-je, le but que j'ai poursuivi, l'ai-je atteint? Mes jeunes camarades le diront, et si un d'entre eux trouve que mes efforts lui ont été utiles, ont dirigé ses pas dans un moment difficile, l'ont aidé à obtenir une guérison qui semblait compromise, lui ont permis de sauver une existence qui lui paraissait menacée, j'aurai obtenu la plus douce récompense que celui qui travaille pour le bien de son semblable puisse désirer.

Assurément mon livre présente de grandes imperfections, on trouvera peut-être qu'il aurait pu renfermer plus de renseignements, avoir un reflet de science et d'érudition qui lui manque très fâcheusement, mais je le répéterai encore : Celui qui, comme moi, écrit sur la pathologie exotique pendant des campagnes lointaines et prolongées, en partageant les fatigues, les difficultés de tous genres, les périls, dirai-je même, qui entourent le militaire en service dans les pays chauds ; celui qui est obligé de limiter sa bibliothèque au léger bagage du voyageur; ne peut orner ses travaux de ces fleurs d'éru-

dition si faciles à cueillir dans les bibliothèques de la capitale, par les favorisés du sort qui peuvent se procurer de l'air frais quand ils ont trop chaud, ou faire ajouter un peu de bois au calorifère quand ils craignent d'avoir trop froid.

Trouvera-t-on que je me sois trop étendu sur ce point spécial des maladies des Européens à la Martinique? dira-t-on qu'il eût mieux valu prendre un cadre plus vaste et essayer de tracer une étude sur les maladies des pays chauds en général, au lieu de me limiter à cette petite portion de la zone tropicale? Il me serait facile, au cas où cette objection me serait faite, d'y répondre victorieusement. Et, en effet, la pathologie, dite exotique est encore obscure et souvent peu compréhensible pour deux raisons: la première, c'est que trop d'écrivains ont fait, du fond de leur cabinet, l'histoire de maladies qu'ils n'avaient jamais vues, et avec des documents trop disparates, le plus souvent, lors même qu'ils touchaient la même maladie, de sorte que nous sommes arrivés à avoir maintes études qui, loin d'éclairer les intéressés, ne font que jeter une obscurité des plus fâcheuses sur le diagnostic et la thérapeutique au lit du malade. La seconde raison qui n'est, en somme, qu'une conséquence de la première, c'est qu'à une époque où les éléments manquaient presque entièrement, quelques auteurs ont cru pouvoir généraliser et faire synthétiquement une description qui ne ressemble à aucun cas en particulier, ayant voulu ressembler à tous.

Si mon illustre prédécesseur, Dutrouleau, qui a incontestablement droit à la respectueuse reconnaissance de tous les médecins de la marine, autant par ses services signalés que par son remarquable livre, n'eût pas cédé aux sollicitations qui l'ont porté à généraliser ses descriptions; si, au lieu de faire un traité des maladies des Européens dans les pays chauds, il avait seulement borné ses visées à la pathologie antillienne qu'il connaissait si bien, nous aurions un livre admirablement précis sur des affections dont il a été obligé d'atténuer les symptômes, pour généraliser ses descriptions et les rendre applicables à plusieurs pays.

Le temps de la synthèse en pathologie exotique n'est pas venu encore; je ne crains pas de l'affirmer très positivement, après une longue pratique dans les pays chauds. Il faut nous borner encore au rôle plus modeste d'observateur des faits et détails; nos neveux, peut-être même nos arrières-neveux seulement, auront quelques chances d'entreprendre avec succès une étude d'ensemble qui est absolument impossible aujourd'hui.

Pénétré de cette idée, j'ai résisté à mon tour à cette tendance pour-

tant si séduisante de généraliser, et je n'ai voulu écrire que sur les maladies d'un pays où j'avais pratiqué assez longuement pour avoir eu des chances de voir. C'est pour cela que j'ai uniquement étudié précédemment la pathologie du Sénégal et que j'étudie aujourd'hui les maladies des Européens à la Martinique. Je n'ai même pas voulu étendre jadis mes descriptions à ce qui se rencontre à la Côte-d'Or ou au Gabon, ou bien à ce qui se voit à la Guadeloupe, à Saint-Barthélemy, etc., etc., persuadé, d'après ce que j'ai vu dans ces divers pays, que, bien que très voisine des allures qu'elle a au Sénégal ou à la Martinique, la maladie y a déjà quelques chose de différent.

Que chacun des médecins qui exercent dans nos diverses colonies fasse une étude détaillée sur la pathologie du pays où il se trouve, quelque chose d'analogue à ce que j'ai cherché à faire ici, et nous aurons tout d'abord doté nos jeunes camarades de guides précieux et réellement efficaces.

Ce n'est qu'alors, et quand nous aurons ainsi tous les éléments de comparaison, toutes les manières d'être de la même affection sous l'iufluence de telle ou telle condition spéciale à tel ou tel pays, qu'un esprit élevé pourra généraliser avec quelque succès, complétant et éclairant les œuvres précédentes d'un jour éminemment utile. Mais qu'on ne s'y trompe pas, tant que les divers éléments de la question n'auront pas eté analysés séparément, la synthèse est impossible ; elle conduirait certainement à l'erreur, au lieu de nous mener à la découverte de la vérité.

APPENDICE

HISTOIRE

DU PERSONNEL MÉDICAL DE LA COLONIE DE LA MARTINIQUE DE 1815 A 1877 INCLUS (62 ANS).

De même que, dans mon étude sur les maladies des Européens au Sénégal, j'ai voulu payer un tribut d'affection et de reconnaissance aux médecins de la marine qui ont défendu nos compatriotes contre les atteintes morbides du pays, depuis la reprise de possession de la Colonie, c'est-à-dire depuis la fin des guerres du premier Empire jusqu'à nos jours; de même, j'ai résolu de faire un travail semblable pour ceux de mes camarades qui ont servi à la Martinique, en écrivant l'histoire des maladies dont les Européens peuvent être atteints dans cette contrée.

Ne méritent-ils pas un égal tribut d'éloges, ces hommes zélés autant que modestes, qui, sous le même ciel inclément des tropiques dans l'archipel Antillien comme à la côte d'Afrique, ont passé plus ou moins de leur vie à donner des soins à leurs frères d'armes atteints par ces terribles endémies qui sur les deux bords de l'océan Atlantique menacent les Européens qui osent affronter leur danger?

Certes, à priori, il semble que l'existence soit autrement plus agréable à la Martinique qu'au Sénégal. Bien plus, frappé par la beauté du pays, les voyageurs qui ne font que passer dans notre Colonie Antillienne croient que c'est un véritable Paradis terrestre, et de même qu'elle est aussi plantureuse que la Sénégambie est aride, de même qu'on y trouve une abondance, une profusion de sources vives, de fruits, de légumes frais qui n'est comparable qu'à la pénurie proverbiale du Sénégal, on est porté à penser que la vie s'écoule ici aussi douce, aussi exempte de maladies, qu'elle est pénible et menacée par mille atteintes morbides sur la côte d'Afrique. Mais, hélas! si telle est l'impression du premier moment, celui qui cherche à se rendre un compte positif des choses, reconnaît bientôt que l'opposition est loin d'être aussi accusée; que la maladie frappe dans un pays comme dans l'autre, avec la même rigueur et presque dans les mêmes proportions, les Européens qui affrontent les dangers de l'habitation dans une zone pour laquelle ils n'ont pas été créés.

Le soleil est-il moins dangereux, les refroidissements moins sou-

vent suivis d'accidents de dysentérie et d'hépatite? assurément non. La Malaria y connaît également toutes les insidiosités, les maladies amariles y fauchent l'existence avec la même sévérité. Aussi on arrive à penser en fin de compte que si le décor extérieur du théâtre est plus beau, la tragédie qui s'y déroule pour les Européens est aussi lugubre, et celui qui infèrerait de l'abmirable beauté du pays, que l'existence doit y être facile et sûre s'exposerait à de terribles désillusions.

Il était donc juste, on le voit, de rappeler à nos successeurs le nom des médecins du cadre de la Martinique comme ceux qui ont servi au Sénégal, d'autant que les hasards de la profession d'officier de santé de la Marine ont fait passer souvent les mêmes hommes sur les deux champs de bataille; il en est même beaucoup comme Câtel qui ont su conquérir dans les deux pays, par leur savoir, leur dévouement, leur caractère, une notoriété enviable à tous égards.

A la Martinique comme au Sénégal, je n'ai voulu oublier personne de nos prédécesseurs, et par conséquent j'ai tenu à ce que des recherches minutieuses fussent faites, et comme les fonctions multiples dont j'étais investi prenaient une grande partie de mon temps, j'ai chargé mon excellent ami le Dr Porte, pharmacien de 1re classe de la marine, de dépouiller tous les registres du bureau des revues où sont conservées les matricules de la Colonie. M. Porte s'est acquitté de ce travail avec le zèle et l'exactitude qu'on lui connaît dans la marine, et j'ai eu une liste de 226 noms qui indique bien tous les officiers de santé de la marine, médecins ou pharmaciens qui ont servi dans la Colonie de 1815 à la fin de 1877. Je dois, dès la première ligne de ce travail, un cordial remerciement à mon collaborateur affectionné autant qu'instruit.

Comme dans mon étude sur le service de santé du Sénégal, j'ai formé avec cette liste: 1° le tableau des chefs du service de santé de la Colonie; 2° celui des pharmaciens, chefs de service; 3° enfin, j'ai présenté par ordre alphabétique les noms des médecins et pharmaciens qui ont fait partie du cadre de la Colonie pendant le laps de temps dont nous avons parlé. Je n'ai pas cru devoir rechercher les chefs du service à Saint-Pierre parce que, à la Martinique, les distances étant moins grandes et les relations plus fréquentes entre les divers points de la Colonie, le chef du service de santé exerce une action plus directe sur tous les établissements nosoconicaux de sorte que le médecin de l'hôpital de Saint-Pierre n'a pas le rôle important qui revient, au Sénégal, au médecin de l'hôpital de Gorée.

LISTE DES MÉDECINS EN CHEF

DE LA COLONIE (MARTINIQUE).

1		LEFORT, de mai à juillet 1815.	3 mois.
2		PEYRÉ, de juillet 1815 à novembre 1818.	40 »
3		LEFORT, de nouveau, de décembre 1818 à juin 1826.	91 »
4	†	LUZEAU, de juin 1826 à août 1839, mort d'un anthrax.	158 »
5		CATEL, de septembre 1839 à septembre 1848.	112 »
6		AMIC, de septembre 1848 à novembre 1856.	98 »
7		ARNOUX, de novembre 1856 à mai 1862. Intérim de cinq mois par M. Ballot.	65 »
8		CHAPUIS, d'octobre 1862 à mai 1865.	32 »
9	†	SAINT-PAIR, de mai 1865 à octobre 1867, mort de pneumonie. Intérim par M. Langellier-Bellevue.	28 »
10		RIOU-KÉRANGAL, d'août 1868 à mai 1874. Intérim du 10 juin 1872 au 10 avril 1873. M Langellier-Bellevue.	60 »
11		BÉRENGER-FERAUD, d'octobre 1875 à août 1877.	23 »
12		LANGELLIER-BELLEVUE, de septembre 1877.	»

Moyenne de la durée des fonctions, 5 ans 2 mois.

LISTE DES PHARMACIENS

CHEFS DU SERVICE A FORT-DE-FRANCE.

Coulomb, de 1815 à 1817.	24 mois.
Achard, de juillet 1817 à août 1849. Intérim.	384 »
Leprieur, d'août 1850 à septembre 1857.	84 »
Peyremol, de septembre 1857 à juillet 1859. Intérim.	23 »
Coutance, de mars 1860 à septembre 1864. Intérim de M. Sambuc.	54 »
† Baudet, d'avril 1865 à mars 1866. Intérim.	11 »
Sambuc, d'août 1866 à septembre 1869.	37 »
Cavalier, de septembre 1869 à décembre 1871.	25 »
Richard, de janvier 1872 à juillet 1875. Intérim de M. Picard.	36 »
Porte, du 21 mai 1876.	

Moyenne de la durée des fonctions = 6 ans 3 mois en comptant Achard, et environ 37 mois sans le compter.

LISTE ALPHABÉTIQUE

DES OFFICIERS DE SANTÉ

DU CADRE DE LA MARTINIQUE.

A

1 Abonnel (Joseph), pharm. de 3e cl., du 20 août 1860 au 31 août 1863. 36 m.

2 † Achard (Mathieu-Justinien), pharm. auxiliaire de 2e cl., du 5 mai 1815; pharm. entretenu de 2e cl. le 11 août 1817, pharm. de 1re cl. le 5 mars 1823; congé en France du 11 mars 1825 au 28 décembre 1825, mort en activité de service le 18 août 1849. 414 m.

3 Acarie (Noël), pharm. de 2e cl., du 20 juillet 1840 au 21 janvier 1841, congé de retour 24 mars 1842, au 21 août 1843 congé, de retour 2 août 1844 au 24 janvier 1846. 29 m.

4 Albanely (Antoine-Julien), chir. aux. de 3e cl., du 23 mars 1822, nommé titulaire le 14 mai 1825, en convalescence le 2 février 1829. 84 m.

5 Amic (Charles-Gabriel), 2e médecin en chef du 12 mai 1842 au 16 janvier 1846, 42 mois, revenu comme 1er médecin en chef du 11 juillet 1848, en congé du 9 novembre 1848 au 5 janvier 1849, en retraite le 1er novembre 1856. 139 m.

6 André-Duvigneau, pharm. de 2e cl., du 2 juillet 1871 au 25 janvier 1873. 18 m.

7 Arène (Louis-Joseph-Jean-Baptiste), chir. aux. de 3e cl., du 1er février 1836, de 2e cl. le 1er décembre 1842, en congé du 15 avril 1844 au 18 février 1845, démissionnaire le 30 juillet 1850. 164 m.

8 † Arnoux (Pierre-Alexandre), 1er médecin en chef du 29 novembre 1856 au 25 mai 1860, du 1er mai 1861 au 26 mai 1862. 55 m.

9 Aubry (Jean-Marie), chir. aux. de 3e classe du 1er mai 1825, titulaire le 28 mars 1826, 2e cl. le 2 juin 1829, congé en France du 25 mars au 16 novembre 1852, retraité en 1856. 372 m.

10 † Audemard (Fortuné-Joseph-Dominique), chirurgien de 2e classe le 1er mars 1817, de 1re classe le 28 mars 1826, en convalescence du 14 septembre 1829, mort au lazaret en rivière de Bordeaux, le 2 mars 1830. 150 m.

11 † Audemard (Cyprien-Joseph), pharm. aux. de 3e cl. du 7 avril 1824, titulaire le 12 avril 1830, mort le 7 octobre 1835 en activité de service. 148 m.

12 Audibert (Jean-Antoine-Bienvenu), pharm. aux. de 3e cl. du 15 décembre 1835 au 1er février 1848, reprise du service du 20 juillet 1848 au 16 avril 1850. 166 m.

13 Audibert (Fortuné-Georges-Noël), pharm. aux. de 3e cl., du 1er juillet 1838 au 25 avril 1842. 44 m.

14 Audibert (Victor-Joseph), médecin de 2e cl., du 3 août 1876, présent à la fin de 1877.

B

15 Ballot (Victor-Alexis-Louis-François), chir. de 1re cl., du 8 janvier 1855, chirurgien principal le 6 janvier 1857, 2e médecin en chef le 30 décembre 1858, en congé le 4 mai 1861. 77 m.

16 Ballot (Joseph), médecin de 2e classe du 21 octobre 1874 au 3 août 1876. 22 m.

17 Baquié (Charles), chir. de 3e cl., puis de 2e, du 1er juillet 1855 au 2 août 1858, du 1er juillet 1859 au 21 octobre 1860. 53 m.

18 Barthelemy-Benoît (Pierre-Emile), chir. de 3e cl., du 25 mai 1846 au 22 février 1850. 45 m.

19 † Baudet (François-Joseph-Marie), pharm. de 1re cl., du 30 avril 1865 au 10 mars 1866, mort de phthisie pulmonaire. 11 m.

20 Bernard (Hyppolite-François), chir. aux. de 3e cl., du 1er octobre 1817, de 2e cl. le 30 mai 1827, en congé du 1er avril 1834 au 25 mai 1835, embarqué du 8 avril 1839 au 15 mars 1840, quitte la colonie le 30 mai 1843. 287 m.

21 † Bedeau (Pierre-Florent), chir. aux. de 3e cl., du 16 septembre 1818, nommé entretenu le 24 mars 1824, mort en activité de service le 18 août 1824, après 15 jours d'hôpital. 71 m.

22 Berger (Charles-Victor), chir. de 3e cl., du 28 juillet 1858 au 1er octobre 1861. 39 m.

23 Bérenger-Féraud (Laurent-Jean-Baptiste), médecin en chef du 21 octobre 1875 au 30 août 1877. 23 m.

24 † Bizot (Edouard-Louis), pharm. aux. de 3e cl., du 10 juillet 1815 au 19 septembre 1816, mort après six jours d'hôpital à Saint-Pierre. 14 m.

25 Blaise (Eugène-Hyppolite-Jean), chir. de 3e cl., du 25 décembre 1843 au 23 octobre 1845. 22 m.

26 † Blondette (Jean-Baptiste-Louis), pharm. de 2e cl., du 23 mars 1844 au 5 mai 1845. Du 11 mai 1849, mort le 23 décembre 1851. 46 m.

27 Blanchon (Jean-Baptiste-Marie-Tony), chir. de 3e cl., du 26 février 1860 au 28 juillet 1862. 30 m.

28 Boyer (Louis-Henry), pharm. aux. de 3e cl., du 11 septembre 1816, démissionnaire le 31 décembre 1822. 76 m.

29 † Bourhis (Jean-Pierre-Louis-Edouard), chir. de 3e cl., du 20 mai 1836, mort le 9 décembre 1837, à l'hôpital. 19 m.

30 Botron (Louis-Placide-Joseph), chir. de 3e cl., du 11 janvier au 11 mai 1839, du 24 mars 1842 (chir. de 2e cl.) au 12 mai 1845. 42 m.

31 Bouvier (Joseph-Hélène-Agapit), chir. de 3e cl.. puis de 1re, du 30 juin 1862 au 26 juin 1865, d'avril 1875 à mai 1877. 61 m.

32 Brette (Jean-Baptiste-Charles), chir. aux. de 3e cl., du 15 juillet 1829, nommé titulaire le 23 avril 1833, parti le 27 juillet 1833. 48 m.

33 Brussaut (Jean), pharm. aux. de 3e cl., du 12 mars 1829 au 28 août 1832. 41 m.

34 Broca (Nicolas), pharm. de 1re cl., de mai 1815, parti pour France en convalescence, le 21 mars 1821. 71 m.

C

35 Cabanel (Etienne-François), pharm. aux. de 3e cl., le 20 octobre 1817, titulaire le 24 mars 1824, pharm. de 2e cl. le 25 mai 1830, en congé du 22 mars 1835 au 1 février 1836, en congé, puis infirmités temporaires, puis retraite à partir du 1er juillet 1837. 225 m.

36 Caill, aide-pharmacien, de juillet 1877, présent à la fin de 1877.

37 † Callènes (Joachim-Etienne), chir. de 3e cl., du 15 décembre 1827 au 2 novembre 1828, mort pendant la traversée. 11 m.

38 Cavalier (Jules-Adolphe), pharm. de 2e cl., du 15 mai 1868 au 8 novembre de la même année, du 3 septembre 1869 au 10 décembre 1871. 32 m.

39 Cedont (Marie-Félix-Jules), chir. de 3e cl., du 17 février 1853 au 3 janvier 1856. 35 m.

40 Carof (Jules-Angélique), chir. de 3e cl., du 1er avril 1845 au 10 juin 1848. 38 m.

41 Câtel (Blaise-Jean-Louis), 2e médecin en chef, du 22 juin 1833, 1er médecin en chef du 7 mars 1840, en retraite le 1er septembre 1848. 182 m.

42 Chaigneau (Léon-Gabriel), chir. aux. de 3e cl., du 22 février 1830 au 12 mars 1831. 13 m.

43 Chanson (Pierre-Désiré), chir. aux. de 3e cl., du 18 décembre 1826 au 27 juin 1828. 19 m.

44 Chapuis (Guillaume-Jules-Denis), chir. de 1re cl., du 23 décembre 1851 au 12 mai 1857. 1er méd. en chef du 22 oct. 1862 au 19 février 1865. 94 m.

45 Chanu (Claude-Joseph-Auguste), chir. de 3e cl., du 26 février 1860 au 26 août 1861. 18 m.

46 Chauvet, chirurgien de 3e classe, du 1er septembre 1844 au 17 septembre 1851. 84 m.

47 Chessé (Louis-Stanislas), chir. de 3e cl., du 17 décembre 1829, de 2e cl. le 24 avril 1838, parti le 15 juillet 1845. 187 m.

48 Chauvet (Victor-Lazare), pharm. de 3e cl., du 2 mai 1828, nommé de 2e le 13 décembre 1833, en congé du 9 juin 1832 au 5 juillet 1833, rentré en France le 13 mai 1840. 132 m.

49 Clavery (Gérard-Simon-Oscar-Richard), du 16 avril 1839, pharm. aux. de 3e cl. au 16 novembre 1850. 128 m.

50 Clouet (Alfred-Charles-Auguste) chir. de 3e cl., du 2 octobre 1846 au 16 décembre 1847, du 29 janvier 1849 au 2 avril 1851. 30 m.

51 Comairas, chir. aux. de 3e cl., du 1er février 1827 au 23 décembre de la même année, démissionnaire. 10 m.

52 Cornillac (Jules-Jean-Jacques), chir. de 3e cl., puis de 2e, du 16 septembre 1841 au 1er février 1848, du 31 mars 1849 au 18 novembre 1852, du 30 mai 1854 au 14 janvier 1859, congé jusqu'au 27 septembre 1849, en retraite en 1872. 333 m.

53 Corre (Armand-Marie), chir. de 3e cl., du 21 septembre 1861 au 29 juillet 1864. 34 m.

54 Collot-Béranger (Théodore-Marie), pharm. de 3e cl., du 25 août 1863 au 19 avril 1866, avec 10 mois de congé. 22 m.

55 Cotte (Louis), médecin de 1re cl., du 21 mai 1876, présent à la fin de 1877.

56 Coutance (Amédée-Guillaume-Auguste), pharm. de 1re classe, du 5 mars 1860 à septembre 1864, en congé du 26 décembre 1861 au 3 septembre 1862. 47 m.

57 Caugit (Victor-Athanase), chir. de 2e cl., du 4 octobre 1854, chir. de 1re cl. en 1860, médecin principal en 1868, rentré en France le 8 juillet 1868 (plusieurs congés ou embarquements). 123 m.

58 Cosquer (Jean-Gaspard-Nicolas), chir. de 3e cl., du 7 avril 1846 au 7 avril 1850. 48 m.

59 Coulomb (Jean-Baptiste), pharm. de 1re cl., de mai 1815, nommé second pharmacien en chef le 11 septembre 1816, parti le 1er juillet 1817 sur le Bacchus. 25 m.

60 Cubes (Jean), chirurgien aux. de 3e classe, du 29 novembre 1828 au 16 juin 1837. 103 m.
Du 3 août 1838 au 2 avril 1841. 134 m.

61 Cunisset (Jean-Jacques), pharm. de 2e classe, du 22 août 1869 au 4 janvier 1871. 17 m.

62 Cuppé (Mathurin), chir. de 1re cl., du 14 février 1819, mort le 17 mai 1825. 75 m.

D

63 Dénigis (Marius Stanislas), pharm. de 2e cl., du 25 avril 1852 au 11 octobre 1854. 30 m.

64 Delamarre (Antoine-Gérard-Léon), pharmacien aux. de 3e classe, du 1er août 1826 au 1er novembre 1828. 27 m.

65 Delannegrie (Etienne-Germain), chir. de 3e cl., du 22 avril 1828 au 7 septembre 1832, ayant été en congé de juillet 1829 à janvier 1831. 34 m.

66 Delas (Alexandre-Joseph), chir. de 3e cl., puis de 2e, du 20 juin 1866 au 8 mai 1868. Du 23 octobre 1873 au 15 août 1875. 45 m.

67 Delessart (Albert-Simon), médecin aux. de 2e cl. du 29 novembre 1876 au 29 juin 1877. 7 m.

68 † Delsuc (Jean-Jacques), pharm. aux. de 3e cl., du 1er septembre 1832 au 12 février 1845, mort en arrivant en France. 149 m.

69 De Leissegues (Isidore-Alexandre-Marie), chirurg. de 1re classe, du 20 novembre 1833 au 11 janvier 1838. 50 m.

70 Delgot (Auguste-Marie) chir. aux. de 3e cl., le 1er avril 1815, de 2e classe le 1er juin 1817, titulaire de 2e cl, le 24 mars 1824, en congé de convalescence du 6 juin 1827 au 8 juillet 1828, admis à la retraite le 10 août 1829. 149 m.

71 † Delourme (Gabriel-Pierre-Marie), chir. de 2e cl., du 1er mai au 21 juin 1841, mort de fièvre jaune à l'hôpital de Fort-de-France. 2 m.

72 Desmoulins (Hélie-Joseph), aide-médecin, du 22 novembre 1876, présent à la fin de 1877.

73 De Nozeilles (Pierre-Charles-Jean-Baptiste), pharm. de 3e classe, du 7 avril 1849 au 19 août 1852. 40 m.

74 De Nozeille (Eugène-Léon-Edmond), chir. de 3e cl., du 16 novembre 1852 au 30 octobre 1853. 11 m.

75 Desfourneaux (Charles-Henri), chir. de 3e cl., du 16 décembre 1841 au 9 mars 1846. 63 m.

76 De Saint-Georges (Charles), chirur. de 3e cl., du 31 mai 1837 au 7 avril 1840. 34 m.

77 Desgrottes Saint-Just (Marie-Pierre), chirur. de 3e cl., du 10 décembre 1839 au 11 mars 1842. 27 m.

78 Despetits (Paul-Louis), méd. de 2e cl., du 3 juillet 1866 au 12 novembre 1872. 76 m.

79 † Dordé (Adolphe-Jean-Aimé), chirur. de 3e cl., du 7 avril 1849 au 12 novembre 1851. Mort de fièvre jaune. 31 m.

80 Douillé (Louis-Auguste), chir. de 3e cl., du 26 juin 1857 au 23 septembre 1859. — Du 14 août 1861 au 15 décembre de la même année. 31 m.

81 Doury (Sincère), chir. de 2e cl., du 5 mai 1842 au 24 août 1845. 39 m.

82 Dupuis (Henri-Victor), chir. de 3e cl., du 23 mars 1830 au 7 mars 1835. 60 m.

83 Dutrouleau (François-Auguste-Frédéric), chir. de 1re cl., du 31 mai 1839, en congé du 1er janvier 1841 au 3 juin 1842, nouveau congé du 12 octobre 1845 au 29 juillet 1846, 2e médecin en chef,

en convalescence du 8 septembre 1849 au 31 janvier 1851, parti en octobre 1852. 100 m.

84 Duveau (Jean-François), chirurgien aux. de 3e cl. le 17 août 1815, nommé de 2e cl. le 24 mars 1824, en congé du 3 avril 1830 au 18 mars 1831; du 20 avril 1840 au 31 décembre de la même année; du 30 juillet 1851 au 30 juillet 1852, en retraite le 2 juillet 1855. 445 m.

85 Duvau (Noël-Marius), phar. de 3e cl., du 7 août 1845 au 24 janvier 1846; du 4 mars 1847 au 24 juin 1848. 21 m.

86 Dupouy (Jean-Édouard), aide-méd. aux., du 22 novembre 1876; présent à la fin de 1877. 14 m.

E

87 Echalier (Christophe-Marie), chir. de 2e cl., du 28 mars 1854 au 17 juillet 1856. 28 m.

88 † Encognère (Jacques), chir. de 3e cl., puis de 2e, et de 1re, du 9 mars 1857 à janvier 1860; de septembre 1860 au 9 septembre 1877; 2 congés de 6 mois dans l'intervalle, mort d'abcès du foie le 9 septembre 1877. 230 m.

89 Estripeaut (Henri), phar. aux. de 3e cl., du 9 juin 1832 au 5 juillet 1834. 25 m.

90 † Eydoux (Joseph-Fortuné-Théodore), 2e médecin en chef, du 2 avril 1841 au 6 juillet, mort de fièvre jaune à Saint-Pierre. 3 m.

F

91 Fazeuille (Henri), chir. de 1re cl., du 21 octobre 1838, en retraite le 19 août 1850. 142 m.

92 Favereau (Pierre), chir. de 3e cl., du 1er septembre 1824 au 28 juin 1828. 45 m.

93 Ferrer (Isidore-Jean-Pierre), chir. aux. de 3e cl., du 29 août 1825, titulaire le 2 juin 1829, chirurgien de 2e cl. le 14 septembre 1836, congé le 29 mai 1840. Du 12 avril 1843 au 2 juin 1850, en convalescence jusqu'au 22 septembre 1851, en congé, 16 mai 1854. 295 m.

94 Frebourg (Robert-Achille), chir. aux. de 2e cl., du 10 novembre 1828 au 1er juin 1829. 7 m.

G

95 Gaidan (Georges-André), chir. de 3e cl., du 13 février 1834, au 7 octobre 1836. 19 m.

96 Ganche (François-Jean-Guillaume), phar. de 3e cl., du 25 mai 1846 au 23 août 1848. 27 m.

97 Garnault (Isaac-Antony), phar. de 3e cl., du 3 avril 1856 au 1er avril 1859. 36 m.

98 Garnot (Prosper), 2e chirurgien en chef, du 30 juin 1828 au 17 avril 1832; congé, puis retraite. 44 m.

99 Gaston (Pierre-Adolphe), chir. de 2e cl., du 11 septembre 1852 au 11 février 1877. 280 m.

100 Gardey (Gabriel-Jean), chir. de 1re cl., de mai 1815; convalescence de 6 mois en France, le 10 mai 1828; admis à la retraite peu après. 156 m.

101 Gaubert (Hilaire), chir. de 1re cl., médecin du roi à Saint-Pierre, de 1815 au 3 novembre 1829, moment où il fut admis à la retraite. 173 m.

102 Gauthier (Charles-Roland), phar. aux. de 3e cl., du 28 juin 1830; démissionnaire le 1er août 1832. 26 m.

103 Gaudon-Hulin (Charles-Henry), chir. aux. de 3e cl., du 15 décembre 1852 au 1er octobre 1853. 10 m.

104 Gauthier (Louis-Dominique), chir. de 1re cl., du 17 novembre 1852 au 30 octobre 1853. 12 m.

105 Geffroy (Eugène-François), aide pharmacien, du 21 mai 1876 à juillet 1877. 13 m.

106 Gentili (Michel-Ange), aide-médecin du 31 janvier 1871 au 4 décembre 1872. 24 m.

107 Girardeau (Pierre-Eugène-Urbain), chir. de 2e cl., du 9 mars 1845 au 15 novembre; du 14 novembre 1847 au 30 juin 1848. 15 m.

108 Girardias (Hyppolyte-Antoine), phar. de 2e cl., du 18 août 1852 au 15 novembre 1855. 38 m.

109 Gilbert (Pierre-Emile-Saint-Ange-Amable), phar., puis chir. aux. de 3e cl., du 22 septembre 1851 au 1er février 1854; du 13 décembre 1855 au 12 août 1860; du 3 avril 1862 à la fin de 1867. 246 m.

110 Grandy (Emile-Hippolyte), phar. de 2e cl., du 18 décembre 1855 au 29 avril 1859. 41 m.

111 Griffon du Bellay (Marie-Théophile), chir. de 3e cl., du 14 février 1850 au 19 février 1853. 36 m.

112 Godineau (Stanislas-Xavier), chir. de 2e cl., du 2 avril 1841 au 22 avril 1843. 12 m.

113 Gonnet (Louis-Marie), 2e médecin en chef, du 20 janvier 1846 au 11 juin 1848. 29 m.

114 Gourraigue (Auguste-Jean-Marie), chir. aux. de 3e cl., du 28 juin 1830 au 15 décembre de la même année et du 16 juillet au 7 septembre 1831. 8 m.

115 Guérin (Paul-Marie-Auguste), chir. de 3e cl., puis de 2e, du 9 février 1854 au 21 octobre 1854; du 7 février 1855 au 8 juillet 1856; du 1er octobre 1857 à juin 1877. 261 m.

116 Guidon (Antoine-Michel), chir. aux. de 3e cl., faisant fonctions de

pharmacien le 20 septembre 1816, nommé chirurgien de 3e cl. le 24 mars 1824, démissionnaire le 15 juin 1826. 117 m.

117 Guy (Arthur-Louis), chir. de 3e cl., du 31 mars 1849 au 19 août 1852. 41 m.

H

118 Hallais (Théodore), chir. de 3e cl., du 21 septembre 1864 au 8 janvier 1868. 40 m.

119 Heckel (Édouard-Marie), phar. de 3e cl., du 6 juin 1862 au 26 avril 1865. 34 m.

120 Henry (Charles-Jacques), phar. de 3e cl., du 19 avril 1859 au 16 juin 1862. 39 m.

121 Hubac (Prosper-Amédée), chir. de 2e cl., du 28 décembre 1858 au 28 février 1862. 39 m.

122 Huibant (Louis-François-Marie), chir. de 3e cl., du 6 mars 1850 au 14 mars 1853, 2e cl., du 2 octobre 1862 au 28 décembre 1863. 51 m.

J

123 † Jacques (Alexandre-César), phar. de 2e cl., du 24 décembre 1868 au 21 juillet 1869, mort de fièvre jaune. 8 m.

124 Jacquart (Ambroise-Elie), phar. de 2e cl. le 3 octobre 1816, démissionnaire le 16 août 1817. 10 m.

125 Jourdan (Pierre), chir. de 3e cl., du 4 juin 1845 au 24 avril 1849. 47 m.

126 Julien (Antoine-Appollon), phar. de 3e cl., du 10 août 1834 au 26 février 1839. 55 m.

L

127 Labatut (Adolphe-Jean-B.), chir. de 3e cl., du 16 septembre 1841 au 1er septembre 1846. 60 m.

128 Lagarde (Edouard-Félix), chir. de 3e cl., du 1er avril 1845 au 24 avril 1849. 48 m.

129 Lalung de Férol (Alcide-César-Achille), chir. aux. de 3e cl., du 9 décembre 1836 au 16 juin 1837. 7 m.

130 Laffont (Jean), chir. aux. de 3e cl., du 27 juillet 1827, au 1er 7bre 1830. 37 m.

131 † Lainé (Pierre-Dominique), chir. de 2e cl., du 18 mai 1826 au 22 juin 1831 ; en congé, revient le 5 mars 1832, repart en congé le 23 mai 1836, meurt en arrivant en France. 111 m.

132 Lapeyrère (Joseph-Henri-Jean), phar. de 2me cl., du 24 janv. 1873 au 28 avril 1876. 38 m.

133 Langellier Bellevue (Jules), du 9 octobre 1839, chir. de 2e c., du 1er

janvier 1849 au 8 mai 1854; du 26 février 1856; chir. de 1[re] cl., le 14 novembre 1858; campagne de 18 mois au Mexique en 1865; médecin principal en 1867 ou 1868; présent dans la colonie, à la fin de 1877. 341 m.

134 Leberre Allour (Auguste-Corentin), chir. de 3[me] cl., du 31 mai 1839 au 18 juil. 1840; du 2 mai 1841 au 27 juin 1841; du 19 mai 1842 au 30 mai 1843. 27 m.

135 Le Bobinec (Arthur-Marie-Ignace), chir. de 3[e] cl., du 22 décembre 1840, en non activité pour infirmités temporaires. 1 m.

136 Le Dantec (Jean-Marie), phar. de 3[e] cl., du 17 février 1853 au 19 octobre 1855. 32 m.

137 † Leconte (Pierre-Thomas-Eugène), chir. de 1[re] cl., du 6 octobre 1850 au 9 décembre de la même année, mort à Cayenne de fièvre jaune. 2 m.

138 Lefort (Pierre-François), chir. de 1[re] cl., médecin du roi à Fort-de-France, de mai au 1[er] juillet 1815; en congé illimité à cette époque; nommé de nouveau chef du service de santé de la Colonie avec le titre de 2[e] médecin en chef le 12 août 1818; 1[er] médecin en chef en 1823; rentré en France le 19 juin 1826, en congé de convalescence. 94 m.

139 Le Masne (Gustave), chir. de 2[e] cl., du 2 septembre 1853, au 1[er] avril 1854. 8 m.

140 † Le Bourch Lopes (Paul-Émile), chir. de 3[e] cl. du 29 juillet 1856, mort de fièvre jaune le 13 décembre 1856. 4 m.

141 Lejollec, médecin de 2[e] cl., d'avril 1877, présent à la fin de 1877.

142 Le Mont, chir. aux. de 2[e] cl., du 14 novembre 1842 au 9 janvier 1849. 73 m.

143 Léonard (Champagne-Alfred-Antoine) chir. de 3[e] cl. du 28 juillet 1858 au 1[er] octobre 1861. 39 m.

144 Leprieur (François-René-Mathias), phar. de 1[re] cl., du 13 août 1850 au 26 septembre 1857. 85 m.

145 Lepine (Pierre-Louis-Zacharie), chir. de 1[re] cl., du 24 juillet 1851 au 28 septembre 1854. 38 m.

146 † Leroux (Pierre), phar. de 2[e] cl., du 1[er] janvier 1833 au 2 novembre de la même année, mort sur le Séduisant, navire qui le ramenait en France. 10 m.

147 Le Tessier (Julien), chir. de 3[e] cl., du 10 décembre 1856 au 5 juil. 1857. 8 m.

148 † Lion (Eugène-Achille), phar. de 2[e] cl., du 12 août 1866 au 10 juillet 1869, mort de fièvre jaune. 35 m.

149 † Lissençon (Justin-Joseph-Emile), chir. de 3[e] cl., du 24 mars 1842 au 11 février 1850, du 26 mars 1854 au 22 janvier 1856, mort en activité de service. 1[illegible]4

150 Loze (André), chir. de 2[e] classe du 15 septembre 1829 au 28 septembre 1831. 24 m.

451 Louvière, phar. de 3e cl., du 22 octobre 1845 au 24 avril 1849. 43 m.

452 Lota (Antoine-Louis), chir. de 3e cl., du 1er octobre 1852 au 16 juin 1855 ; du 1er juillet 1856 au 29 septembre 1857; du 23 avril 1858 à 1869 août. 171 m.

453 † Luseau (Edme-Louis), chir. de 1re cl., 2e médecin en chef, 17 septembre 1816 ; en convalescence de 6 mois pour France le 19 avril 1818 ; nouveau congé du 26 avril 1834 au 28 janvier 1835 ; 1er médecin en chef le 30 décembre 1834, mort en activité de service le 30 août 1839 d'un anthrax. 276 m.

M

454 Mailhé (Armand-Victor), chir. de 1re cl., du 12 mai 1855 au 13 septembre 1858. 40 m.

455 Malinjou (Marie-Louis), chir. de 3e cl., du 23 août 1840 au 21 août 1843. 36 m.

456 Manés (Alphonse), chir. de 3e cl. du 16 novembre 1852 au 30 octobre 1853. 11 m.

457 Marbot (Clément), chir. aux. de 3e cl.. du 18 janvier 1830 au 26 avril 1832. 27 m.

458 Marsin (Antoine), chir. aux. de 3e cl., du 8 septembre 1836; de 2e cl., 1er mai 1839 ; en congé du 5 octobre 1839 au 16 avril 1840, parti en congé 8 avril 1841. 50 m.

459 Martialis (Mérault), chir. de 3e cl., du 11 septembre 1852 au 16 juin 1855, médecin principal du 20 février au 22 décembre 1875. 43 m.

460 Massot (Laurent), chir. aux. de 3e cl., du 23 octobre 1816 ; démissionnaire le 1er janvier 1819. 26 m.

461 † Mouraille (Louis-Joseph), chir. de 1re cl., du 9 septembre 1830 ; en congé de convalescence le 8 juillet 1837, mort pendant la traversée. 83 m.

462 Massiou (Siméon-Hyacinthe), chir. de 2e cl., du 2 octobre 1846 au 28 janvier 1850. 40 m.

463 † Massez (Constant Prudent), chir. de 3e cl., du 25 décembre 1843, mort à Saint-Pierre le 31 octobre 1844 de fièvre jaune. 10 m.

464 † Meudic (Etienne-Joseph-Eugène-Marie), phar. de 3e cl., du 29 novembre 1841, mort le 12 juin 1847 67 m.

465 † Mesnard (Jean-Jacques), chir. de 1re cl., du 9 déc. 1849 au 30 juil. 1851, mort pendant son congé de convalescence en France. 20 m.

466 Miorcec (Armand-Marie-Gabriel), chir. de 2e cl., du 1er juin 1865 au 24 mars 1868. 33 m.

467 Monnet (Guillaume), phar. de 3e cl., du 30 juin 1865 au 27 mai 1868; 9 mois de congé dans l'intervalle. 27 m.

468 Mongrand (Pierre-Alfred), chir. de 1re cl., du 15 août 1847 au 6 février 1849. 18 m.

169 Moufflet (Eugène-Delphin), 2e médecin en chef, du 10 octobre 1862 au 28 avril 1863. 7 m.

170 Moulin (Charles-François-Courlant), chir. de 3e cl., du 21 septembre 1861 au 14 janvier 1865; en congé du 29 mars au 20 novembre 1863. 37 m.

171 Moutte (Henry-Alexandre), chir. aux. de 3e cl., du 17 mai 1852 au 1er novembre 1853. 18 m.

N

172 † Nedellec Duverger (Edouard), chir. de 1re cl., du 3 septembre 1849 au 9 mai 1852; mort à l'hôpital de fièvre jaune 33 m.

173 Nouet (Ange-Marie-André-Joseph), chir. de 3e cl., du 31 mai 1837; (de 2e cl. en 1840) au 30 juin 1839. 25 m.

O

174 Olmeta (Louis-Edouard), chir. de 3e cl., puis de 1re cl., du 21 septembre 1864 au 25 juin 1865; du 22 novembre 1865 au 2 février 1868; d'avril à décembre 1867. 45 m.

P

175 Papin Gigon Decostière (Léonard-Jean-Baptiste), phar. aux. de 3e cl., du 16 avril 1839, chir. aux. de 3e cl., du 1er mars 1842 au 2 février 1845. 58 m.

176 Parat (Jean-Hippolyte), phar. de 3e cl., du 14 février 1850 au 17 février 1853. 36 m.

177 Pascal (Jean-Charles), phar. aux. de 3e cl., du 15 juin 1826 au 17 décembre 1829. 41 m.

178 Pellarin (Constantin-Jacques), chir. de 1re cl., du 12 juin 1857 au 4 mai 1859. 25 m.

179 Petit (Julien), chir. de 3e cl., du 10 juin 1829; en congé du 5 mai 1831 au 13 juin 1832; parti le 15 janvier 1834. 43 m.

180 Perlié (Prosper-Alcide), chir. de 3e cl., du 24 septembre 1853 au 1er août 1856. 35 m.

181 Peyremol (Etienne-Joseph-Emile), phar. de 1re cl., du 25 septembre 1857 au 19 juillet 1859. 22 m.

182 Peyré (Joseph-Benoît), médecin du roi, du 1er juillet 1815 au 1er décembre 1818. 40 m.

183 Peyraud (Louis-Charles-Elbe), chir. aux. de 3e cl., du 16 mai 1851 au 1er février 1854. 21 m.

184 Peyraud (Jean-Gustave), phar. aux. de 3e cl., du 6 mars 1835 au 1er octobre 1838, du 1er mai 1840; chir. aux. de 3e cl. en 1858; en retraite le 26 janvier 1866. 350 m

185 Peyraud (Pierre), phar. aux. de 3e cl., du 1er juillet 1817; démissionnaire le 1er juillet 1822. 60 m.

186 Picard (Henri), phar. de 2e cl., du 24 février 1872 au 5 novembre 1875; congé de 8 mois dans l'intervalle. 35 m.

187 Poupeau (Alexandre-François), phar. de 3e cl., du 5 mars au 27 décembre 1828. 9 m.

188 Poli (Vincent), chir. aux. de 3e cl., du 1er janvier 1838, 2e cl. le 1er décembre 1842; démission le 1er mars 1848. 123 m.

189 † Pons (Henri-Honoré), chir. de 3e cl., du 6 avril au 6 juin 1844, mort après 12 jours d'hôpital à Fort-de-France, (fièvre jaune). 2 m.

190 Pouplin (Casimir-Pierre), chir. de 2e cl., du 16 février 1852 au 15 février 1854. 24 m.

191 † Porte (Bertrand), chir. de 2e cl., du 30 mars au 14 mai 1857, mort de fièvre jaune à St-Pierre. 1 m.

192 Porte (Alphonse-Marie), phar. de 1re cl., du 21 mai 1876; présent à la fin de 1877.

193 Prinçeau (Jules-Thomas), chir. de 3e cl., du 5 mars 1851 au 11 février 1854. 35 m.

194 Pupier (Pierre-Auguste), phar. et chir. aux., du 15 mai 1831 au 1er février 1836, du 15 novembre 1851 au 16 mars 1852. 59 m.

Q

195 Quintin, phar. de 2e cl., du 19 juin 1823 au 9 juin 1831; ayant été en congé de convalescence en France, du 22 février au 28 novembre 1829. 87 m.

R

196 † Rambault (Pierre-Auguste), phar. de 3e cl., du 22 décembre 1840 au 13 janvier 1841; mort après trois jours d'hôpital, (fièvre jaune). 1 m.

197 † Rault, phar. de 3e cl., arrivé le 24 mars sur la 1840 Bonite; mort le 26 avril de la même année après 3 jours d'hôpital, (fièvre jaune). 1 m.

198 Rebout (Jean-François), chir. aux. de 3e cl., du 16 octobre 1848 au 16 novembre 1850, du 28 octobre 1851 au 12 janvier 1854. 53 m.

199 † Requier (Blaise-Pierre), chir. de 1re cl., du 6 juillet 1829, mort le 1er février 1847. 199 m.

200 † Reveillère (Marie-Stanislas-Théodore), chir. de 2e cl., du 22 janvier 1850 au 21 avril 1851, mort de fièvre jaune le 17 mai 1851. 27 m.

201 Richard (Henri), phar. de 1re cl., du 16 janvier 1872 au 29 juillet 1875; congé de 9 mois dans l'intervalle. 33 m.

202 Riffey (Louis-Hilaire), phar. aux. de 3e cl., du 24 janvier 1870 au 10 décembre 1871. 23 m.

203 † Riou Kérangal (Emile-Yves), chir. de 2e cl., du 30 mars 1849 au 19 février 1853; chir. de 1re cl., de retour 30 m. 1854, au 27 décem-

bre 1862 ; du 2 août 1868 au 10 juin 1872; du 10 avril 1873 au 10 mai 1874 ; mort en congé de convalescence. 206 m.

204 Rochard (Jean-Félix), chir. de 3e cl., du 28 mai 1832 au 13 février 1834. 21 m.

205 Roulloin (Jean-Baptiste-Marie-Henri), chir. aux. de 3e cl., du 28 mai 1831 au 16 février 1836. 57 m.

206 Rouden (Joseph-Edouard), chir. aux. de 3e cl., du 3 mars 1829; titulaire le 25 février 1834; en congé du 27 mars 1835 au 10 mars 1836; parti le 7 août 1838. 100 m.

207 Roustan (Joseph), phar. de 3e cl., du 1er mars 1817; en convalescence le 6 juillet 1826 ; retraité peu après. 112 m.

208 Rougon (Jean-Claude), chir. de 3e cl., du 18 mai 1855 au 2 août 1858 39 m., Du 21 mars 1862 au 28 décembre 1864. 72. m.

S

209 † Saint-Pair (Almide-Charles), 2e médecin en chef, du 11 décembre 1852 au 21 mars 1855, 1er médecin en chef du 26 mai 1865 au 1er octobre 1867 ; mort de pneumonie. 57 m.

210 Salis (Philippe-Pierre-Edouard), chir. de 1re cl., du 2 février 1863 au 10 mai 1875 ; un an de congé en deux fois. 135 m.

211 Salvy (Jean-Louis), chir. du 1er mai 1825 au 1er février 1827. 22 m.

212 Sambuc (Théophile), phar. de 2e cl., puis de 1re, du 6 juin 1862 au 9 février 1866; du 22 août 1866 à septembre 1869. 81 m.

213 † Sellon (Charles-Mario), phar. de 3e cl., arrivé le 1er avril 1822; mort le 18 septembre de la même année après 5 jours d'hôpital. 6 m.

214 † Ségard, chir, de 2e cl., du 18 mars au 23 juin 1844, mort après 4 jours d'hôpital de fièvre jaune. 3 m.

215 † Serres (Henri), chir. de 3e cl., du 31 décembre 1851, mort le 11 septembre 1852 de fièvre jaune. 8 m.

216 Serres (Jean), phar. aux. de 3e cl., du 21 juin 1828, démission le 1er avril 1832. 45 m.

217 † Sigalas (Jules-Joseph), chir. de 2e cl., du 3 novembre 1852, mort de fièvre jaune le 28 juillet 1853. 8 m.

218 Sigaloux (Jean-Hercule), phar. de 2e cl., du 15 mars 1859 au 16 juin 1862. 39 m.

T

219 Tamisier (Charles), phar. et médecin auxiliaire de 3e cl.; du 1er juillet 1831 au 10 avril 1839. 92 m.

220 Tanquerey (Louis), chir. de 1re cl., du 11 septembre 1852 au 30 mai 1854. 20 m.

221 † Terrin (Jean-Baptiste-Eugène), phar. de 3e cl., du 31 mai au 15 juin 1839; mort de fièvre jaune après 15 jours de séjour dans la Colonie. 1 m.

222 Thaly (Hilaire), médecin de 2e cl., du 4 août 1871 au 28 février 1876. 58 m.

223 Thaly (Jacques-Henri-Flamet), médecin de 1re cl., du 21 août 1868 au 29 mai 1876. 93 m.

224 Thomas (Louis-François-Marie), chir. de 3e cl., du 11 septembre 1852 au 16 juin 1855. 33 m.

225 Thoulon (Marie-Auguste), chir. de 3e cl., du 14 août 1861 au 29 juillet 1864. 36 m.

226 Treuille (Jacques), chir. aux. de 3e cl., du 2 février 1829 au 10 juin 1830; démissionnaire, 17 m.

227 † Touzé (Théophile), chir. de 3e cl., du 1er juillet 1817 à mai 1822; en convalescence, revenu le 8 janvier 1823; mort en activité de service le 17 janvier 1825 après 14 jours d'hôpital. 83 m.

V

228 Valleray (Sébastien), chir. aux. de 2e cl., du 1er septembre 1816; en congé le 12 juin 1827. 130 m.

229 Vernet (Jacques-Adolphe), chir. aux. de 3e cl., du 21 juin 1824 au 9 septembre 1826. 27 m.

230 Veyrac-Lacroix, chir. de 3e cl., du 5 mai 1842 au 15 mai 1845. 36 m., chir. de 2e cl., du 2 février 1847 au 17 mars 1852. 97 m.

231 Vidaillet (Jacques-Edouard), chir. de 3e cl., puis de 2e cl., du 3 janvier 1865 au 21 juin 1872; 11 mois de congé dans l'intervalle. 76 m.

W

232 Worms (Olery), phar. aux. de 3e cl., du 26 septembre 1822; titulaire le 24 mars 1824; en congé le 9 novembre 1825. 38 m.

Y

233 Yon (Yves), chir. aux. de 2e cl., du 15 novembre 1845 à novembre 1847. 36 m.

Z

234 Zapolski (Zifiirski), médecin de 2e cl., de novembre 1877.

J'avais primitivement le projet d'entrer dans certaines considérations au sujet des médecins de la marine en service à la colonie

de la Martinique, après en avoir présenté la liste ; mais, réflexion faite, je me suis décidé à laisser la précédente énumération sans commentaires. Le chiffre des décès comparé d'une part à celui de l'effectif, d'autre part, à celui du temps moyen de service de chacun, est suffisamment explicite pour celui qui voudra faire un rapprochement entre le travail actuel et celui que j'ai fait dans mon étude sur les maladies des Européens au Sénégal.

Qu'ils aillent servir dans l'une ou dans l'autre des deux colonies, ils proviennent de la même source. Modestes et consciencieux, ils servent avec un égal dévouement à toute heure de leur existence ; ils font le devoir avec le même zèle, le même empressement aux jours où la santé publique est satisfaisante, comme aux heures funèbres où les épidémies frappent leurs coups mortels sur l'aliment humain qu'elles rencontrent.

Si je n'étais moi-même médecin de la marine, je pourrais entrer à ce sujet dans de longs détails qui auraient assurément quelque intérêt pour le lecteur, et qui mettraient en saillie les mérites de ceux dont je viens d'énumérer les noms. Mais j'ai l'honneur d'appartenir à la médecine navale française, et on comprend le sentiment qui me fait garder le silence actuellement.

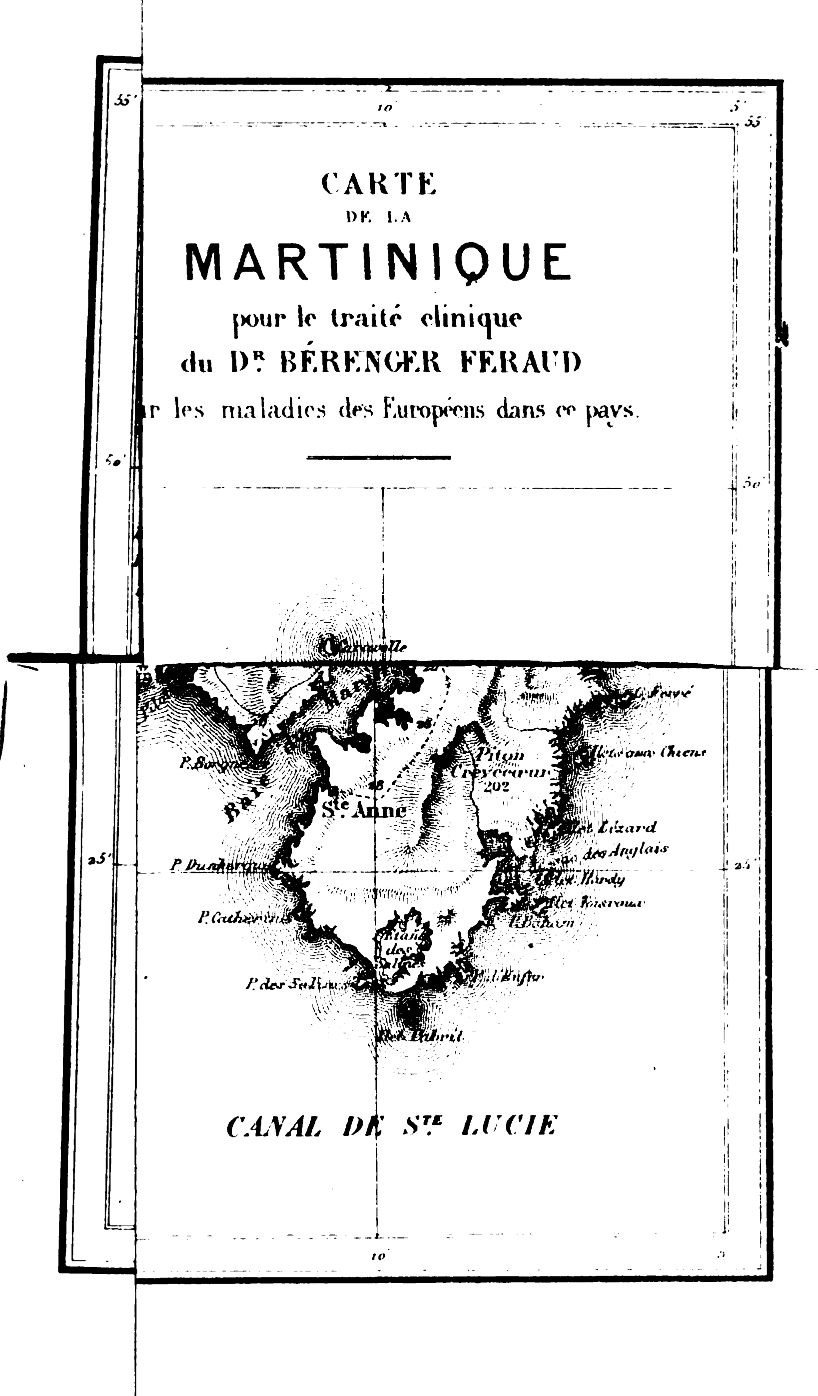
Mes prédécesseurs, mes camarades, ont toujours rempli, à quelque rang de la hiérarchie qu'ils fussent placés, ont toujours rempli, dis-je, leurs obligations avec autant de dévouement que de simplicité, je craindrais de blesser leur modestie en rappelant les titres qu'ils ont acquis, au prix souvent de leur santé, de leur vie même. Si je n'insiste pas sur les éloges qu'ils méritent, on me laissera cependant, au moins, dire combien je suis heureux, combien je suis fier d'appartenir à cette phalange de modestes serviteurs de notre belle marine et de notre pays aimé.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE SECOND VOLUME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU SECOND ET DERNIER VOLUME.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.


CARTE
DE LA
MARTINIQUE
pour le traité clinique
du Dr. BÉRENGER FERAUD
r les maladies des Européens dans ce pays.
Piton
Crèvecœur
202
Ste. Anne
P. Dunkerque
P. Cahuzac
P. des Salines
Îlet Lézard
des Anglais
CANAL DE STE. LUCIE
10'
5'
55'
50'
25'

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

